FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 33

LES GOMMES SYPHILITIQUES de la TRACHÉE et de la BIFURCATION BRONCHIQUE

—::—

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marseille

LE 21 DÉCEMBRE 1931

PAR

Joseph H. MIDAGUE

Ancien Externe des Hôpitaux de Marseille

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. BREMOND	*Président.*
	ROGER	Assesseurs
	OLMER	
	J. PIERI	

—:::—

IMPRIMERIE M. LECONTE,
27, Boulevard Louis-Salvator
MARSEILLE

1931

LES GOMMES SYPHILITIQUES

de la Trachée et de la Bifurcation Bronchique

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545811_0015

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

LES GOMMES SYPHILITIQUES de la TRACHÉE et de la BIFURCATION BRONCHIQUE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marseille

LE 21 DÉCEMBRE 1931

PAR

Joseph H. MIDAGUE

Ancien Externe des Hôpitaux de Marseille

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. BREMOND	*Président.*
	ROGER OLMER J. PIERI	Assesseurs

IMPRIMERIE M. LECONTE,
27, Boulevard Louis-Salvator
MARSEILLE

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE

DE

MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Professeurs honoraires de l'Ecole de Médecine :

MM. ALEZAIS, ARNAUD, D'ASTROS, BOINET, DOMERGUE, BERG.

Doyen : L. IMBERT.

Assesseur : MOITESSIER. *Secrétaire :* COMTE

Professeurs :

Histologie	ROMIEU.
Chimie médicale	MOITESSIER.
Chimie analytique et hydrologie	BLANCHETIERE.
Physique	CHEVALIER.
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale	CORNIL.
Parasitologie	JOYEUX.
Pharmacodynamie et matière médicale	MERCIER.
Clinique chirurgicale	IMBERT.
Clinique médicale	GAUJOUX.
Clinique obstétricale	GUERIN DE MONTGAREUIL-VALMALE.
Clinique des maladies nerveuses	ROGER.
Clinique ophtalmologique	AUBARET.
Clinique médicale	AUDIBERT,
Clinique médicale	OLMER,
Clinique chirurgicale	SILHOL,

Pathologie externe	professeurs sans chaire	FIOLLE
Thérapeutique		MATTEI
Clinique des maladies exotiques		HECKENROTH

Chargés de cours à titre permanent :

Anatomie	CORSY.
Physiologie	COTTE.
Pathologie externe	FIOLLE.
Pathologie interne	MONGES.
Thérapeutique	MATTEI.
Médecine légale	PAYAN.
Hygiène coloniale	VIOLLE.
Bactériologie	ROUSLACROIX
Pharmacie	FABREGUE.
Histoire naturelle	GABRIEL.
Chimie minérale	TIAN.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Histoire des drogues végétales .. BRUN P.
Clinique urologique .. .. CHAUVIN.
Clinique exotique .. .. HECKENROTH.
Clinique oto-rhino-laryngologique. BREMOND.
Clinique médicale infantile .. .. .. CASSOUTE.
Stomatologie .. .. BELTRAMI.

Agrégé en exercice :

Pathologie interne et propédeutique médicale .. .. PIERI J
Chimie biologique .. .. J. ROCHE

Chargés de cours à titre temporaire :

Pathologie expérimentale .. .. .. PEYRON.
Clinique dermatologique. .. .. .. VIGNE.

Chargés des fonctions d'Agrégé :

Anatomie et médecine opératoire MOIROUD.
Physiologie .. .. PERIOT.
Physique médicale .. .. RIMATTEI.
Chirurgie .. .. BOURDE.
Obstétrique .. .. VAYSSIERE.
Pharmacie .. .. VIGNOLI.
Histoire naturelle .. .. QUINTARET.
Parasitologie .. .. RAYBAUD.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique chirurgicale infantile. .. BRUN M.
Psychiatrie .. .. REBOUL-LACHAUX
Anatomie .. .. ALEZAIS.

Examinateurs de la Thèse — MM. BREMOND, *Président.* ROGER, OLMER, J. PIERI — Assesseurs.

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marseille déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

dont le pieux souvenir demeure à jamais gravé dans mon cœur. Tendresse infinie.

A MON PERE

Témoignage de ma filiale et profonde affection.

A MA FEMME

A MON FRERE

Meis et Amicis

A MON BEAU-FRERE

M. Le Docteur JOSEPH PARROCEL
Oto-Laryngologiste des Hôpitaux

Il a toujours été pour nous le meilleur et le plus dévoué des amis. Il n'a cessé, au cours de nos années d'études, de nous soutenir et de nous guider de ses conseils et de nous prodiguer sans compter les marques de son affection. Nous lui devons beaucoup. C'est lui encore qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui a tenu en cette circonstance, à nous aider de ses avis et de son expérience.

Pour tout ce qu'il a fait pour nous, qu'il veuille bien trouver, au seuil de ce modeste travail, l'expression de toute notre plus affectueuse reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur MAURICE BREMOND,

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chargé de Cours de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

qui fut pour nous un maître plein de bienveillance et de bonté. Il a bien voulu toujours s'intéresser à nous, et nous aider, ici encore, de ses précieux conseils. Nous lui en sommes infiniment reconnaissant, et le remercions particulièrement pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux Civils de Marseille

A MES MAITRES

de l'Hôpital Saint-Joseph de Marseille

A MON JURY DE THESE

PRÉAMBULE

A l'occasion de deux observations inédites de gomme trachéale, qui nous ont été très aimablement fournies par notre maître le Pr Brémond et par le Dr Parrocel, il nous a paru intéressant de grouper les différentes observations éparses et isolées que nous avons pu récolter dans la littérature médicale française et étrangère. Si la syphilis trachéale a fait, il y a 30 ou 40 ans, l'objet de nombreux travaux français, actuellement il n'en est plus de même; à l'étranger les travaux récents sont plus importants. En joignant à nos observations personnelles et à celles publiées isolément, les observations rapportées dans les travaux français et étrangers, nous avons pu ainsi compulser près de 200 observations de gommes de la trachée en évolution. C'est en nous appuyant uniquement sur ces documents, que nous avons voulu entreprendre une rapide vue d'ensemble de la question.

Dans ce travail, nous n'envisagerons que les gommes de la trachée évolutives. Nous laisserons de côté la syphilis primitive de la trachée, dont nous ne connaissons d'ailleurs aucune observation; nous éliminerons de même la syphilis secondaire qui est extrêmement rare, quoique la généralisation de la bronchoscopie permettra sans doute de se rendre compte qu'elle est relativement plus fréquente qu'on ne le pense. La raison qui nous fait rejeter de notre travail ces deux formes de syphilis trachéale, est qu'elles n'offrent, ni l'une ni l'autre, aucun intérêt clinique pratique.

Nous laisserons de même totalement de côté les lésions syphilitiques cicatricielles qui sont actuellement bien connues et qui ont fait l'objet de nombreux travaux récents. Seules donc, les gommes évolutives retiendront notre attention.

Dans cette rapide étude de la syphilis tertiaire de la trachée nous tenons surtout à préciser quelques points cliniques intéressants par leur portée pratique. Nous passerons un peu rapidement sur certains chapitres,en particulier sur l'anatomie

pathologique, d'ailleurs si bien décrite dans les articles anciens, pour nous étendre plus longuement sur la symptômatologie, et, principalement, sur les signes du début qui sont de beaucoup les plus intéressants; ils permettent un diagnostic précoce, par conséquent un traitement efficace sans séquelles ultérieures. Le chapitre du diagnostic retiendra assez longuement notre attention ; nous tâcherons là de montrer l'intérêt et la bénignité de la bronchoscopie. Dans le chapitre du traitement, nous aurons surtout en vue le traitement local plus que le traitement général antisyphilitique, qui, s'il est de toute première importance, est connu de tous.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Després (1873) et Sodowsky (de Prague) attribuent à Munck l'honneur d'avoir signalé le premier les ulcérations spécifiques des voies aériennes. Mais si nous poussons beaucoup plus avant nos recherches bibliographiques, nous trouvons que les ulcérations du larynx et de la trachée sont déjà signalées au XV[e] siècle par Fracastor, Bell, Astruc, et par Morgagni (Epist. 44, n° 15 ; Epist. 58) qui cependant n'en signalent pas la nature spécifique.

Cayol (1810), Lagneau (1828) affirment ces lésions trachéales spécifiques, tandis que Trousseau et Belloc (1837) nient l'existence d'ulcérations trachéales en l'absence de la phtisie pulmonaire ou laryngée.

En 1858, Moissenet et Vigla signalent la syphilis comme cause de rétrécissement et inspirent la thèse de Charnal. A partir de ce moment là paraissent quelques travaux sur les rétrécissements cicatriciels syphilitiques : Civet (th. Montpellier), Boeckel (de Strasbourg), Forster et Wiek (1863), les thèses de Baudry et Mary, (1865).

En 1868 parait l'observation typique de Pengrueber, citée depuis dans tous les travaux importants sur la question. Elle est rapportée longuement dans la thèse de Rey (Montpellier 1874) et le travail de Mauriac (1888), qui restent encore actuellement parmi les principaux travaux sur la syphilis tertiaire trachéale. En 1894 parait la thèse de Parrain sur les gommes de la trachée (1). Dans ces trois travaux, l'anatomie pathologique et la symptômatologie de la période d'état sont admirablement bien décrites et peu de choses sont à ajouter. Signalons aussi l'article de Wright sur la syphilis trachéale et celui de R. de la Sota y Lastra sur la syphilis tertiaire du larynx et de la trachée (1891).

Après 1894, nous citons seulement les travaux d'ensemble parus sur la question qui nous occupe ; nous omettons volontairement les observations publiées isolément, puisque

(1) Voir cette thèse pour l'historique de la question avant 1890.

nous les avons presque toutes relevées et que nous les insérons dans ce travail.

En 1897, nous trouvons le travail de P. Kidd sur la maladie syphilitique de la trachée ; en 1900 Pienyazeck dans son article sur les retrécissements de la trachée parle assez longuement de la syphilis. En 1903, parait le très important travail de O'Connor où il réunit 128 cas de syphilis trachéale ; en 1905, celui de Millian sur la syphilis de la trachée. En 1906, parait le premier travail ayant trait aux avantages de la bronchoscopie pour reconnaître la syphilis des voies aériennes ; c'est l'article de Renhard ; la même année, James Newcomb, dans un article très documenté sur les maladies de la trachée, s'étend très peu sur les gommes trachéales. En 1907, paraissent l'article d'Hermann von Shroetter sur la syphilis de la bifurcation de la trachée, et celui de Malher sur la trachéo-bronchoscopie dans la syphilis des voies respiratoires inférieures. En 1911, Kolher, dans un travail très documenté et très intéressant, réunit 13 cas de gommes. En 1912, Mann publie dans un excellent travail 31 cas bien observés ; la même année, parait un article de Denker sur le diagnostic de la syphilis trachéo-bronchique. En 1915, on trouve un article intéressant de Killian sur la syphilis de la trachée et des bronches. En 1920, parait l'article d'Israël sur la syphilis de l'arbre trachéo-bronchique, et, en 1922, celui de Lafrenz sur la syphilis de la trachée. En 1923, Portmann, dans son très intéressant travail sur les sténoses trachéales essentielles, parle de la syphilis ; de même Huguenin et Soulas dans leur article sur le diagnostic des sténoses bronchiques (1928). En 1924, Syme, dans un long article sur les maladies de la trachée, ne parle pratiquement pas de la syphilis évolutive. En 1925, Fraenkel réunit 8 cas dans un article intéressant où il donne les comptes rendus de plusieurs autopsies. En 1928, parait en Italie l'article documenté de Virgili sur la syphilis tertiaire de la trachée. En 1930, paraissent l'article de Retrouvey sur les sténoses trachéales et bronchiques, et celui de Ferreri sur les sténoses trachéales hérédo-syphilitiques.

Cette sèche énumération montre assez par elle-même combien la littérature française et étrangère est pauvre en ce qui nous intéresse. Encore, dans cette liste de travaux d'ensemble, nous avons cité des articles où la syphilis n'est envisagée que comme une simple cause de sténose ; et quand on

parle de sténose on songe surtout au retrécissement cicatriciel. Il en est ainsi dans les travaux de Pienyazeck, James Newcomb, Portmann, Syme, Huguenin et Soulas, Retrouvey.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

D'une manière générale, on peut dire que la syphilis trachéale est une localisation rare de l'infection spécifique. Sur 1145 cas de syphilis des voies aériennes réunis par Morel-Mackenzie, cet auteur n'a observé que 8 cas concernant la trachée. La majorité des auteurs qui se sont occupés de cette question, s'accordent à reconnaître que la syphilis trachéale, en tant que manifestation isolée de l'infection spécifique, est d'une extrême rareté. Mauriac, dans son remarquable travail resté toujours classique, n'a pu rassembler que 6 cas de ce genre ; par contre il a réuni 59 observations dans lesquelles la localisation trachéale était accompagnée d'autres manifestations syphilitiques tertiaires. Dans les travaux de Rey, de Parrain, de Raymond, de Morel-Mackensie, d'O'Connor, de Kholer, de Mann, de Fraenkel, etc., il en est de même : dans presque tous les cas de syphilis de la trachée, il existe concurremment d'autres manifestations du tertiarisme, et souvent les régions ou organes en même temps lésés relèvent de l'O.R.L. Notons en passant que certains ont même cru voir dans la syphilis nasale un point d'appel pour la syphilis trachéale. Sur les 21 observations éparses dans la littérature médicale, parues dans les travaux non mentionnés ci-dessus, nous avons relevé 2 cas de syphilis héréditaire et 19 cas de syphilis acquise; parmi ceux-ci la lésion trachéale isolée se rencontre 6 fois, et 13 fois se trouvent d'autres manifestations syphilitiques ; et sur ces 13 cas, la lésion concomitente se présente dans le domaine de l'O.R.L. 7 fois . Notre statistique prouve que la lésion syphilitique trachéale pure est rare, mais peut-être pas autant qu'on a voulu le dire (1/3 des cas). Par contre, notre statistique met en évidence l'importance des manifestations spécifiques rhino-pharyngées contemporaines de celles de la

trachée.

De toute façon, les lésions spécifiques trachéales sont l'indice d'une syphilis particulièrement virulente. C'est ce qui ressort de la lecture attentive des observations que nous rapportons, et de celles recueillies par les autres auteurs. L'observation suivante montre à la fois la multiplicité des lésions syphilitiques qu'on peut rencontrer et leur gravité.

OBSERVATION N° I. — In *thèse de* GOETSCH (1910) (1).

Anastasia Ronowicz, 34 ans, fille publique, est hospitalisée le 10 février 1910 à la clinique chirurgicale de l'hôpital de Pozen pour dyspnée intense.

Antécédents. — Il y a 11 ans, ulcération des parties génitales externes suivie d'une éruption cutanée généralisée. Ces accidents ne furent pas traités. Il y a 3 ans, effondrement de la cloison nasale. Entre temps, avortement de 6 à 7 mois.

A son arrivée, la malade présente une dyspnée très marquée. L'inspiration surtout est très difficile. Il y a du tirage inter-costal et épigastrique. L'examen de la bouche et du pharynx montre l'existence de nombreuses plaques muqueuses.

On pose le diagnostic de sténose syphilitique du larynx, et on pratique aussitôt la trachéotomie.

L'introduction de la canule est suivie d'un soulagement immédiat. La respiration devient normale. Dans la suite, la malade est soumise à un traitement anti-syphilitique énergique par frictions mercurielles.

Le 8 mars, la canule est enlevée. Le 19 mars, tout est rentré dans l'ordre. Cependant, il existe au niveau de la plaie opératoire une sorte de plaque cicatricielle granuleuse. On note de plus une grande raucité de la voix.

---

(1) Nous devons ici adresser nos remerciements à M. M. GUEMENT, Interne de l'Hôpital St-Joseph, qui a bien voulu se charger de la traduction des ouvrages allemands consultés pour la rédaction de notre thèse.

Le 27 septembre 1910, la malade est de nouveau hospitalisée en service de médecine pour syphilides du front et du dos.

Elle est, dit-elle, alitée depuis 5 jours. Elle se plaint de ressentir une grande faiblesse et une céphalée violente au niveau du front et de la nuque. Depuis quelques jours elle souffre de douleurs rhumatismales dans les jambes.

A l'examen, on se trouve en présence d'une malade de corpulence et de taille moyennes, mais en état de dénutrition très marquée. Faciès pâle avec pommettes roses.

Le voile du palais est perforé en haut au niveau de l'ogive, perforation de 1/2 cm. à bords nets. A côté, perforation plus petite. Sur l'amygdale gauche, ulcération de la grosseur d'une pièce de 10 pfennigs. Le pharynx paraît très retréci par le processus de cicatrisation commençant. De la bouche et du nez s'exhale une haleine fétide. Les narines sont recouvertes de grosses croûtes brunâtres qui ne paraissent pas se continuer intérieurement. La partie inférieure du septum nasal est très épaissie et tombe en avant (nez en selle). Le cœur est normal; le pouls est régulier, plein et bien frappé. Au niveau des poumons, râles ronflants disséminés avec çà et là quelques sous-crépitants. Au point de vue du système nerveux, il y a parésie évidente des deux membres inférieurs avec abolition des réflexes tendineux; le Babinski est négatif. Pas de troubles de la sensibilité. Les nerfs crâniens ne sont pas touchés; le fond de l'œil est normal. Pas de troubles des sphincters.

La ponction lombaire donne un liquide clair dont la pression est très abaissée; à l'examen du liquide: leucocytose. L'examen des urines montre l'existence de pus, mais pas de germes. La température est normale.

Cependant, l'état général de la malade devient rapidement de plus en plus précaire. La parole est incompréhensible, l'anorexie absolue. L'incontinence des réservoirs apparaît, et la malade meurt 2 jours après son arrivée. On avait à peine eu le temps de pratiquer, 8 heures avant la fin, une injection intra-musculaire de 0 gr. 50 de 606 d'Erlish.

Autopsie pratiquée le même jour.

Crâne et encéphale : Rien au niveau de la voûte crânienne. Dure-mère grisâtre, sans lésions. Pie-mère très épaissie, d'aspect congestif. Sclérose de la sylvienne gauche et de ses branches avec présence d'un gros thrombus au niveau du tronc principal. Dans tout l'hémisphère gauche, noyaux gris centraux y compris, œdème

diffus sans traces de ramollissement. Pas de modification des ventricules. Rien dans le reste du névraxe.

Grandes cavités : A l'ouverture du thorax, les poumons s'affaissent. La plèvre est libre des deux côtés. La cavité abdominale est normale ; le péritoine libre et sain.

Bouche et pharynx : Perforation du voile de 6 mm. de diamètre, paramédiane droite. A côté une deuxième perforation plus petite. Sur la partie gauche du voile, nombreuses cicatrices. De même au niveau du pharynx dont l'orifice est très retréci. Ulcération de l'amygdale gauche.

Larynx et appareil broncho-pulmonaire : Epiglotte intacte ; larynx indemne. A l'intérieur de la tranchée, au niveau du premier anneau et au-dessous, on voit une grande cicatrice rayonnante de 2 cm. de hauteur qui s'étend sur toute la circonférence de la trachée. Sur la partie antérieure de cette cicatrice, se voit une dépression de la surface d'une pièce de 10 pfennigs, entourée d'un bourrelet surélevé, et à fond épidermisé. Un peu plus bas se voit la cicatrice de l'orifice de la trachéotomie. Plus au-dessous encore, sur la face postérieure de la trachée, et empiétant sur les deux faces latérales, se trouvent de nombreuses ulcérations étendues. Leur fond est rouge et recouvert de sanies. Elles vont en profondeur jusqu'au plan cartilagineux des anneaux. Entre ces ulcérations, on voit de nombreuses cicatrices rayonnantes et de dimensions plus réduites. L'ulcère le plus bas situé se trouve au niveau de la bifurcation. A cet endroit, on note sur la face latérale droite un fort épaississement de la paroi trachéale ; la muqueuse, en ce point, est rouge et parsemée de traces de cicatrices récentes. La lumière de la trachée est modifiée dans son ensemble, déviée sur son axe par les néoformations pathologiques ; mais il n'y a pas de retrécissement vrai.

La rougeur de la muqueuse, l'épaississement des parois, les déformations cicatricielles, les bourrelets observés au niveau de la trachée, se voient aussi sur les deux bronches; spécialement sur la bronche gauche on trouve de grosses lésions. Mais il n'y a pas de véritables ulcérations en évolution à ce niveau. La bronche droite montre les mêmes lésions, mais en moins grand nombre. Les poumons sont sains; simple congestion des bases.

Cœur et gros vaisseaux : Rien au péricarde. Cœur petit ; valvules minces et dures. Rien à la crosse aortique. Sur l'aorte descendante, on note en plusieurs points des modifications d'aspect irrégulières, blanchâtres, de nature indéterminée.

Viscères abdominaux : Rate extraordinairement hypertrophiée (22 cm. × 11 × 8), dure, avec capsule blanc nacré présentant par places de petites tumeurs indurées. A la coupe, aspect normal.

Foie manifestement scléro-gommeux, déformé en galette (15 cm. × 13 × 13). Le lobe gauche a presque complètement disparu, remplacé par un bloc de tissu fibreux. A la coupe, existance de nombreuses gommes.

Rien au tractus digestif.

Reins d'aspect congestif, légèrement plus gros que normalement. Cicatrices rayonnantes au niveau des pôles supérieurs qui sont de couleur rouge brun. Rien à la coupe.

Vessie normale.

Les deux trompes sont kystiques ainsi que les ovaires.

Adhérences utéro-rectales.

Syphilis hereditaire.— La syphilose trachéale, si elle est surtout, comme nous allons le voir, l'apanage de l'âge adulte, se rencontre aussi chez l'enfant en tant que manifestation d'origine héréditaire d'apparition plus ou moins tardive. On a cité des cas d'hérédo-syphilis chez le nouveau-né ; c'est extrêmement rare. Elle ne se voit en général que chez l'enfant déjà grand (vers 10 ans). Sur les 23 cas de syphilis rapportés dans la présente étude nous n'avons relevé que 2 cas de syphilis héréditaire. Ceci, mieux que tout commentaire, en démontre la rareté.

OBSERVATION II. — Sténose trachéale hérédo-syphilitique, par F.-J. Collet (1929). (Résumée).

M... Huguette, 9 ans, entre dans mon service le 27 octobre 1928. Cette enfant présente, depuis un mois et demi, de la gêne respiratoire avec un léger tirage, mais surtout avec accès dyspnéiques paroxystiques intenses. C'est seulement plus tard, après sa guérison, que j'ai pu obtenir de sa mère des renseignements plus précis qui sont les suivants. Depuis le mois de septembre, elle avait une respiration légèrement bruyante, comparée à un ronflement. Au début d'octobre, elle a eu un premier accès d'étouffe-

ment (après avoir monté un escalier), et un deuxième accès trois semaines plus tard. Entre ces deux accès, sa respiration était bruyante, surtout le soir, jamais la nuit. Pas d'expectoration. Vers la mi-octobre, elle a commencé à présenter une toux aboyante sans quintes, mais avec reprise inspiratoire sonore. Le troisième accès d'étouffement l'a conduite à l'hôpital.

Enfin pâle, chétive, paraissant sept ans à peine.

L'examen radiographique est négatif. L'examen laryngoscopique, également négatif, a provoqué un accès de toux avec dyspnée, nécessitant des inhalations d'oxygène.

L'enfant m'est présentée peu de minutes après son arrivée dans le service, et l'impression générale des assistants est qu'il s'agit de phénomènes laryngés spasmodiques, puisque la voix est conservée et le larynx indemne de toute lésion organique. L'intermittence des accidents dyspnéiques avec respiration peu gênée dans l'intervalle venait à l'appui de cette interprétation, et la date d'apparition déjà ancienne de la dyspnée excluait l'hypothèse d'un corps étranger.

Témoin du dernier paroxysme dyspnéique et frappé par son intensité, je renonce à toute nouvelle tentative d'examen objectif et pratique immédiatement la trachéotomie sous anesthésie par infiltration (10 ou 15 cc. de novocaïne au centième additionnés de quelques gouttes d'adrénaline au millième). L'opération est facile et rapide, mais la perméabilité respiratoire demeure médiocre et le soulagement incomplet. C'est à ce moment seulement que s'impose d'une façon formelle à l'esprit, l'idée d'un obstacle trachéal vers laquelle l'intermittence très nette des accidents sous forme de paroxysmes n'orientaient pas le diagnostic. Aussi, je procède immédiatement à l'inspection de la trachée. En quelques minutes, quatre fils de soie réunissent de chaque côté le bord de la lèvre trachéale à l'incision cutanée. Une trachéostomie est ainsi réalisée; la traction sur ces fils non coupés ouvre largement la trachée et le miroir de Clar l'éclaire facilement jusqu'à sa bifurcation. Cette trachéoscopie simplifiée montre une tumeur végétante, pâle, de la paroi droite de la trachée, faisant clapet sur la bifurcation, spécialement sur la bronche droite. La trachée est rapidement anesthésiée avec des tampons de coton imbibés de cocaïne au dixième et j'enlève sur le champ la plus grande partie de la masse bourgeonnante à la pince de Luc. La respiration est assurée, le suintement sanguin très modéré.

Les jours suivants apparaissent des symptômes de bronchopneumonie (polypnée avec battements des ailes du nez, température à 39°, signes stéthoscopiques diffus) : ces symptômes alarmants disparaissent progressivement sous l'influence des inhalations d'oxygène et des injections de vaccin de Weill-Dufourt. Malheureusement cette complication s'oppose au renouvellement de toute tentative opératoire.

Le fragment prélevé lors de l'intervention montrait (examen du Pr Favre) qu'il s'agissait de syphilis plutôt que de tuberculose. Le Wassermann, pratiqué le 17 novembre avec le sang de la mère, se montra négatif.

Le 23 novembre, je procède à un nouvel examen trachéoscopique qui permet la prise à l'anse froide d'un fragment pour inoculation au cobaye. Cette inoculation a été négative.

A partir de ce moment, un traitement spécifique est institué, consistant en injections d'Acétylarsan. La canule a été remplacée par un pansement occlusif, et la respiration est parfaite. La petite malade quitte le service le 19 décembre en parfait état.

Je l'ai revue six semaines plus tard ; sa respiration était parfaitement normale.

OBSERVATION III. — Sténose trachéale par syphilis héréditaire, par Heindl (1901).

Fillette de 12 ans.

Toux incoercible avec accès de dyspnée. Trachéotomie 8 jours avant la mort. La région trachéale supérieure ne présente rien d'anormal ; au-dessus de la bifurcation, sténose trachéale reconnaissable à ce que l'orifice de la bronche gauche est visible, tandis que celle de la bronche droite ne l'est pas parce qu'il est masqué par une tuméfaction nettement appréciable.

Diagnostic posé : sténose par gonflement des ganglions trachéo-bronchiques au voisinage de la bifurcation, d'origine syphilitique, bien que la malade fut apparemment indemne de syphilis.

A l'autopsie, on découvrit une ulcération trachéale s'étendant surtout du côté de la bronche gauche ; sur la paroi latérale et postérieure droite on remarquait une infiltration simple.

Le diagnostic histologique fut : syphilis héréditaire.

Age. — La syphilis tertiaire de la trachée est donc essen-

tiellement une affection de l'âge adulte. Notre statistique, d'ailleurs entièrement d'accord avec celles des travaux antérieurs français et étrangers, montre que son maximum de fréquence se rencontre entre 30 et 50 ans.

Malades âgés de plus de 50 ans : 2 cas.
Malades âgés de plus de 40 ans : 5 cas.
Malades âgés de plus de 30 ans : 5 cas :
Malades âgés de plus de 20 ans : 4 cas.
Malade âgé de 6 ans : 1 cas.

On la voit rarement chez le vieillard. De même, mis à part les cas relevant de la syphilis héréditaire, les lésions trachéales spécifiques sont exceptionnelles chez l'enfant. Nous n'en avons relevé qu'une seule observation dans toute la littérature médicale de ces 50 dernières années. Voici cette observation.

OBSERVATION IV.— Sténose trachéale syphilitique, par Maidment Hurd (1905).

Garçon de 6 ans, dont les parents nient énergiquement tout antécédent syphilitique.

A l'âge de 3 ans, l'enfant a été embrassé par une femme chez laquelle on découvrit ultérieurement des lésions spécifiques. 20 jours après s'est déclaré un mal de gorge avec adénite sous-maxillaire : les ganglions engorgés, considérés comme tuberculeux, furent enlevés, et la plaie mit près d'un an à guérir.

Il y a un an, l'enfant commença à avoir de la dyspnée avec enrouement, et, il y a 9 mois, une gomme apparut à la jambe droite.

Le jour de son entrée à l'hôpital, l'examen révéla plusieurs ulcérations superficielles sur la voûte palatine et la persistance de la gomme à la jambe. La dyspnée était tellement grave qu'une trachéotomie basse a dû être pratiquée d'urgence.

A l'ouverture de la trachée on trouva au-dessous du larynx une infiltration syphilitique avec un pertuis de la grosseur d'une sonde en argent ordinaire. La dyspnée fut soulagée immédiatement après l'introduction de la canule. Le traitement ultérieur a consisté en frictions mercurielles et IK. Huit jours après, on fit une première tentative d'intubation, mais le tube ne put vaincre

l'obstacle.

Après 4 séances de dilatation avec un tube spécial, l'enfant sort de l'hôpital, considéré presque comme guéri.

On conçoit d'ailleurs aisément que l'apparition des manifestations gommeuses de la trachée se trouve bien plus en rapport avec l'âge de la maladie spécifique qu'avec l'âge du malade. A ce propos, il convient de remarquer que les localisations trachéales tertiaires de la syphilis apparaissent surtout entre 7 et 9 ans après l'accident primitif. Dans les 11 observations, où la date d'apparition du chancre est mentionnée, nous trouvons :

Entre la 5e et la 10e année après le chancre : 8 cas ;
Après la 10e année après le chancre : 2 cas ;
Avant la 5e année après le chancre : 1 cas.

A ce point de vue aussi, notre statistique se trouve entièrement conforme à celles des autres auteurs. On a cité cependant des cas plus précoces que le nôtre (3 ans). Dans le cas de Moissenet, la gomme trachéale se présenta 12 mois après le chancre, et dans celui de Prengrueber, 9 mois après seulement. Les accidents les plus tardifs qui soient signalés, n'ont apparu qu'au bout de la 20e année (Gougenheim-Cade et Brette).

Sexe. — Il existe une prédisposition indiscutable pour la femme. Si la syphilis laryngée est plus fréquente chez l'homme, c'est l'inverse qui se produit pour la syphilis trachéale. L'accord est unanime sur ce point, sauf en ce qui concerne Schiffers. Cet auteur prétend en effet, dans son article sur la syphilis de la trachée (Traité pratique d'O.R.L.), que les hommes sont atteints dans les 2/3 des cas. Voici à ce sujet ce que nous avons pu relever :

Sur 21 cas de syphilis acquise,
Femmes : 14 cas,
Hommes : 7 cas.

Sur 2 cas de syphilis héréditaire :
2 filles.

D'où il ressort que c'est bien au contraire le sexe faible qui est touché dans les 2/3 des cas.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle prédisposant aux professions qui s'exercent

en des milieux humides ou poussièreux (blanchisseuses, matelassières, menuisiers, etc). En examinant attentivement toutes les observations publiées dans la littérature, rien de probant ne peut être recueilli là-dessus. Une question plus intéressante se pose ; c'est de savoir si les lésions de trachéo-bronchite banale ne peuvent pas jouer un rôle d'appel pour localiser ici plutôt qu'ailleurs les manifestations tertiaires de la syphilis. Une telle manière de voir paraît assez logique mais difficile à mettre en évidence. Car, on est en droit de se demander si les lésions broncho-pulmonaires, fréquemment rencontrées au cours des observations dans les antécédents immédiats des malades, ne sont pas elles aussi sous la dépendance de la syphilis. Notre observation inédite N° VIII serait à ce sujet assez démonstrative. La malade présentait depuis plusieurs années des manifestations pleuro-pulmonaires étiquetées bacillaires et soignées comme telles. Or ces phénomènes ont disparu avec sa gomme trachéale, grâce au traitement anti-spécifique, et n'ont jamais plus reparu depuis.

Disons enfin un mot du rôle d'appel que pourraient jouer, dans certains cas, les cicatrices de plaies traumatiques ou opératoires antérieures.

Il n'existe à notre connaissance aucune observation où les lésions syphilitiques se soient développées au niveau d'une cicatrice de plaie de guerre. Par contre Bayer, en 1900, a rapporté le cas d'une gomme de la trachée qui avait pris naissance en plein foyer cicatriciel d'une ancienne plaie de trachéotomie.

Voici cette observation :

OBSERVATION V. — Un cas d'obstruction presque complète de la trachée par néoplasie syphilitique née sur une ancienne cicatrice trachéale, par BAYER (1900).

Homme de 30 ans.

A subi à l'âge de 3 ou 4 ans, une trachéotomie pour croup, et a eu à l'âge de 23 ans la syphilis, qui, jusqu'à il y a un an, nécessitait encore un traitement anti-syphilitique.

Se plaint de troubles respiratoires avec accès paroxystiques de suffocation.

A l'examen laryngoscopique, on trouva sous la glotte une sorte de diaphragme formé par une masse de granulations d'un rouge foncé.

Le fait qu'un traitement anti-syphilitique institué immédiatement a procuré un soulagement au bout de 4 jours et rendu la respiration complètement libre au bout de 14 jours, ce fait montre qu'il s'agissait d'une prolifération de nature syphilitique, et non pas, comme on l'avait supposé tout d'abord, d'une kéloïde de l'ancienne plaie trachéale.

Pendant la convalescence, on put très bien se rendre compte du point de naissance de la tumeur qui partait de la paroi trachéale droite et s'étendait horizontalement jusqu'à la paroi trachéale gauche.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ce chapitre nous avons surtout l'intention de mettre en vue les caractères macroscopiques des lésions que l'on rencontre dans la syphilis tertiaire de la trachée : d'indiquer leur siège, leur aspect, leur étendue, toutes choses qui intéressent le clinicien. Quant à ce qui a trait à l'anatomie microscopique nous nous bornerons à rappeler qu'ici, comme partout, les lésions syphilitiques sont toujours les mêmes. Aussi passerons-nous complètement sous silence l'anatomie pathologique microscopique de la question.

Aspect macroscopique. — La syphilis tertiaire évolutive de la trachée peut se présenter sous deux aspects différents :

1°. — *L'infiltration diffuse* qui atteint la muqueuse sous forme de nappe étalée et envahit secondairement les plans sous-jacents : tissus musculaire, tissus fibreux et cartilage. Elle présente un caractère phagédénique (phagédénisme syphilitique laryngo-trachéal de Mauriac) et donne en s'ulcérant des pertes de substance d'allure serpigineuse. Dans quelques cas le point de départ se fait au niveau des cartilages ; il y a alors péri-chondrite primitive.

2°. — *Les Gommes :* Ce sont les lésions le plus fréquemment observées. Elles se présentent en général ulcérées. Ces ulcérations gommeuses ne doivent rien de spécial à leur localisation trachéo-bronchique. Ici comme ailleurs, les lésions spécifiques tertiaires, arrivées à ce stade, revêtent la forme d'une perte de substance à base indurée, à bords décollés, proéminents, taillés à pic ; leur fond est souvent constitué par du cartilage mis à nu.

nombre. — Quel que soit le type sous lequel se présentent les lésions, il s'agit la plupart du temps de lésion unique. Dans notre statistique portant sur 23 observations, nous trouvons 14 cas où l'organe n'a été touché qu'en un seul point, et 7 cas où il a été atteint à plusieurs endroits ; pour les deux

autres cas enfin, il n'a pas été fait de constatation directe des lésions. Il semble d'autre part ressortir de l'étude attentive des observations que nous avons pu compulser, que l'étendue des ulcérations trachéales est toujours " en raison inverse de leur nombre " (Rey). Dans la majorité des cas, elles embrassent un espace limité, compris approximativement entre 7 et 30 millimètres. Cette assertion demeure cependant tout à fait relative, car nous connaissons des cas où la trachée fut prise sur presque toute sa totalité.

Siege. — Ainsi qu'il a déjà été dit, nous éliminerons dans ce travail toutes les manifestations syphilitiques tertiaires sous glottiques qui, d'après nous, doivent entrer dans le cadre de la syphilis laryngée. S'il n'en était pas ainsi, la syphilis trachéale, comme dit Moure, serait plus fréquente au niveau du 1/3 supérieur. Or, il ressort au contraire des statistiques faites par Rey (15 cas), Jullien (21 cas) ; Gerhard (22 cas), Parrain (10 cas), O'Connor (128 cas). Fraenkel (8 cas), que *les gommes de la trachée siègent en général à la partie inférieure de l'organe*, plus rarement au niveau du 1/3 supérieur. On ne les rencontre primitivement *à peu près jamais au 1/3 moyen ;* cette partie de la trachée n'étant envahie que lorsque les lésions s'y étendent secondairement, ou bien lorsque plusieurs foyers se développent simultanément. Fraenkel cependant cite 2 cas de lésion unique siégeant au 1/3 moyen, tous deux compliqués d'ailleurs de fistule trachéo-œsophagienne. Néanmoins nous pensons, vu l'extrême rareté de cas semblables, qu'il faut considérer la gomme primitive et unique de la partie moyenne de la trachée comme n'existant pratiquement pas ; ceci, contrairement à ce qu'ont pu écrire Schiffers et Guisez.

La localisation isolée aux grosses bronches est aussi peu fréquente. Par contre, *un des sièges préférés de la syphilis des voies aériennes inférieures est représentée par l'éperon trachéal : c'est la localisation broncho-trachéale* si fréquemment rencontrée dans les observations. Quant à savoir laquelle de la bronche droite ou de la bronche gauche est le plus souvent touchée, rien de précis ne peut être dit là-dessus.

Evolution Anatomique. — Ces tumeurs gommeuses, si elles continuent à évoluer sans qu'intervienne aucun traite-

ment, conduisent à la mort ou bien à un rétrecissement cicatriciel de la trachée que nous laisserons délibérément de côté comme dépassant le cadre de notre sujet. Mais avant d'arriver à ce stade de cicatrisation, les lésions peuvent au cours de leur évolution envahir des organes voisins. Cette extension se fait le plus souvent : vers l'œsophage (occasionnant des fistules trachéo-œsophagiennes), vers les vaisseaux (aorte, sous-clavière, etc.), vers des nerfs de la région (récurrent en particulier. — Fraenkel —). Les ganglions péri-trachéaux peuvent être touchés en même temps ou secondairement. L'observation classique de Raymond est tout à fait typique à ce sujet. Nous l'avons cependant éliminée de notre statistique car la lésion trachéale paraît être plus une lésion para-syphilitique qu'une lésion gommeuse vraie. Par contre voici une observation rapportée par Gaucher, Gastou et Rostaine, dans laquelle la mort survint par ulcération d'un vaisseau thyroïdien.

OBSERVATION VI — Gomme perforante de la trachée ; mort foudroyante par hémoptysie, par GAUCHER, GASTOU et ROSTAINE (1903).

Il s'agit d'une malade entrée à l'Hôpital St-Louis le 20 mai 1903. Elle avait été admise une première fois dans le service de M. le Pr Fournier, il y a 5 ans, pour des syphilides tuberculeuses de la nuque et du front, guéries en quelques semaines par le traitement. La malade ignorait alors absolument sa syphilis, et, dans l'interrogatoire, il avait été impossible d'en retrouver l'existence antérieure.

Ses accidents guéris, la malade quitta l'hôpital et ne continua pas à se soigner.

A son deuxième séjour ici, voici ce que nous apprîmes :

La guérison persista pendant trois ans, mais il y a deux ans apparaissent de nouveaux accidents : hypertrophie des ganglions cervicaux dont quelques-uns, ouverts par un médecin, ne se cicatrisèrent jamais. Ces lésions persistèrent en l'absence du traitement, et, il y a 8 mois, apparurent des gommes de la joue gauche qui s'ulcérèrent et que nous vîmmes formant au nombre d'une dizaine, un placard à contours circinés avec, au centre, une cicatrice dépigmentée. Tout le pavillon de l'oreille gauche était recouvert de gommes croûteuses, et en arrière de l'oreille on trouvait

des syphilides crustacées.

Au moment de l'entrée à l'hôpital existaient de plus des gommes de la joue droite remontant à quelques mois et gagnant la région sus-thyroïdienne. Du côté de la bouche on trouvait des gommes du voile du palais et de la voûte palatine datant de deux mois ; ces gommes prenaient toute la voûte, sur laquelle existait une perforation, et une partie du voile du palais. Ces lésions entraînaient un reflux des aliments par le nez.

Enfin, on trouvait des symptômes laryngés datant d'un mois : aphonie presque complète, dysphagie, dysphonie.

En dehors de ces lésions, la malade ne présentait rien d'organique. Aucun symptôme, ni pulmonaire ni cardiaque. Le foie, la rate semblaient normaux ; il n'y avait pas d'albumine dans les urines. Ajoutons qu'aucun traitement spécifique n'avait été institué depuis le début des accidents.

La malade fut mise au traitement. On lui fit chaque jour des injections de Benzoate de mercure : 3 cgrs., qu'elle supporta bien malgré le mauvais état de la bouche. L'Iodure fut écarté du traitement en raison des signes laryngés et de la possibilité d'une hémorragie. Les lésions s'amendèrent rapidement et l'on pouvait espérer la guérison quand, brusquement, le 12 juin à 10 heures du soir, la malade succomba subitement à une hémorrgaie foudroyante.

Autopsie (24 heures après la mort).

A l'ouverture de la cavité thoracique, il n'existe pas de liquide; les poumons sont distendus par un emphysème tellement intense que dès l'ouverture ils font hernie à l'extérieur. Leur aspect est blanchâtre, il n'existe à leur surface aucune lésion appréciable. La coupe montre les mêmes caractères. Pas de congestion pulmonaire. Aucun élément en rapport avec la tuberculose ou la syphilis.

Les ganglions médiastinaux sont hypertrophiés, mais non caséeux.

Le péricarde est normal, ne contient pas d'épanchement ; le cœur est de volume habituel, sans altérations.

Plus haut, au devant de la trachée, se trouve un tissu cellulo-graisseux plus épaissi qu'à l'état normal ; il est immédiatement sous le corps thyroïde, vers les troisième, quatrième et cinquième anneaux de la trachée, de couleur brunâtre.

Un examen attentif ne fait découvrir à la dissection qu'un

amas de structure filamenteuse, mais en aucun point on ne trouve à ce niveau d'ouverture ou de section vasculaire.

On aboutit dans la profondeur sur les anneaux de la trachée qui sont comme écrasés et fragmentés.

En poursuivant la recherche des branches thyroïdiennes on note : que les carotides, les sous-clavières, et le tronc thyro-cervico-scapulaire sont intacts. L'origine de la thyroïdienne supérieure est facile à trouver, mais la dissection de ses branches aboutit au tissu œdémateux, épaissi, infiltré de sang qui recouvre les anneaux de la trachée. A ce niveau, existent plusieurs solutions de continuité qui ont produit vraisemblablement une hémorragie en nappe rapide et subite qui n'a pu dissocier que faiblement le tissu avoisinant, tandis qu'elle s'est fait jour facilement dans la cavité trachéale.

En effet, quand on fend le larynx et la trachée, on trouve le premier normal, tandis qu'au niveau de la deuxième, au point où se fait habituellement la trachéotomie, existe une masse formée de débris muqueux et de sang qui recouvre une ulcération profonde.

Cette ulcération, à bords à pic, est ovalaire, de 3 cm. 1/2 sur 2 cm. 1/2. Tout est détruit à son niveau ; les anneaux de la trachée sont coupés, usés, fragmentés, ne tenant entre eux que par des brides celluleuses.

Si l'on vient à écarter légèrement ces anneaux, on voit des solutions de continuité faisant communiquer le tissu cellulaire de la face antérieure de la trachée avec la lumière trachéale.

Il y a donc eu perforation totale de la trachée à ce niveau et ouverture en ce point des branches de la thyroïdienne supérieure.

En sectionnant les grosses bronches, on ne trouve rien d'anormal.

L'examen des viscères abdominaux révèle l'existence de gommes.

Le foie qui est volumineux, dur, a sa surface parsemée de brides cicatricielles et de plusieurs gommes dont les dimensions varient entre elles d'une noisette et d'un pois.

Ces gommes, au nombre d'une dizaine, sont à de différents degrés d'évolution et siègent à la face antérieure de l'organe, près du hile, dans le parenchyme.

Dans les reins, il n'existe que deux petites gommes dont l'une d'elles, à la surface, donne l'aspect d'un abcès.

Les capsules surrénales sont intactes. La rate est diffluente. L'estomac a sa muqueuse ecchymotique par places.

L'intestin grêle, le côlon, le mésentère, l'appareil génito-urinaire sont sains.

Examen histologique. — Des coupes pratiquées au niveau de l'ulcération trachéale montrent la structure histologique d'une gomme en nappe et surtout de nombreuses lacunes vasculaires gorgées de globules rouges.

Le processus pathologique a envahi toute l'épaisseur de la trachée.

L'examen des nodules du foie et des reins confirme également qu'il s'agit de gomme syphilitique.

Dans le foie existe en outre une infiltration cellulaire portale et péri-portale en rapport avec une cirrhose embryonnaire.

L'examen des ganglions est négatif au point de vue des gommes. Nous n'avons pu examiner la région amygdalienne détruite par l'évolution même des gommes du vivant de la malade.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

I. SYMPTOMALOGIE

La syphilis trachéale a un début lent et insidieux, sans manifestation locale aucune; les phénomènes broncho-pulmonaires dominent et font longtemps errer le diagnostic.

Il s'agit habituellement d'un malade qui ignore son accident primitif ou qui le nie. Il présente depuis quelques semaines ou quelques mois des bronchites à répétition; mais, phénomène constant et primordial, il vient surtout se plaindre d'une toux persistante et spéciale, c'est la toux aboyante de Garel. Malheureusement, le médecin consulté n'attache souvent que peu d'importance à ce signe capital. L'intégrité de la voix fait écarter toute idée d'obstacle ou même de simple irritation laryngo-trachéale; seuls les phénomènes bronchopulmonaires sont notés par le médecin, seuls ils sont soignés. C'est la période d'invasion de l'infiltration spécifique, qui peut durer quelques semaines ou quelques mois.

Avec le développement de la tumeur gommeuse et son ulcération apparaissent des signes laryngo-trachéaux : dyspnée d'effort; parfois crises d'étouffement, plus ou moins violentes, paroxystiques, nocturnes; légère ébauche de tirage épigastrique ou sus-sternal, etc. Ces signes, à eux seuls, devraient largement suffire pour inciter un observateur averti à faire une trachéoscopie; malheureusement cet examen précieux n'est presque jamais fait à cette période. A vrai dire le malade présente souvent une atteinte de l'état général qui aiguille en tous points le diagnostic vers la tuberculose et non vers une syphilis des voies respiraoires. L'appariton d'une expectoration muco-purulente et d'abondance progressive, la discrétion des signes laryngo-trachéaux ne font que faciliter l'erreur de diagnostic.

Cependant, quand le malade arrive à la période d'élimination et de début de cicatrisation, la dyspnée

s'installe progressivement, devient continuelle ou presque, aggravée de paroxysmes nocturnes impressionnants. Arrivée à ce stade de son évolution, la syphilis trachéale, par son allure clinique, impose alors au médecin l'idée d'un obstacle, d'un rétrécissement des voies aériennes. Dans quelques cas les accès paroxystiques de suffocation peuvent s'améliorer sans aucun traitement; mais ce n'est là qu'une accalmie trompeuse. Le plus souvent ils réapparaissent brusquement et emportent en quelques instants un malade que l'on croyait déjà guéri.

Telle est l'allure clinique générale de la syphilis trachéale que nous allons reprendre maintenant en détail à ses différentes périodes.

PERIODE DE DEBUT. —

C'est la période de beaucoup la plus intéressante au point de vue thérapeutique. Plus le malade sera traité de bonne heure, plus il guérira vite et complètement. Soigné dès le début, il sera à l'abri du rétrécissement cicatriciel contre lequel nous sommes encore bien souvent impuissants.

Or, à cette phase d'invasion de l'infiltration syphilitique, les signes qui peuvent faire songer à une atteinte des voies aériennes sont excessivement discrets. C'est sur ces petits signes là que nous voulons surtout insister.

D'une manière générale, la période de début se manifeste cliniquement par des symptômes banaux de trachéo-bronchite.

La toux *est sèche, quinteuse, avec paroxysmes marqués la nuit, sans expectoration ou presque.* Elle présente cependant un caractère particulier très important qu'il convient de signaler : elle rappelle de très près *la toux de compression* décrite par Garel. C'est une toux à tonalité bruyante et profonde, de timbre caverneux. A elle seule, surtout quand elle traîne depuis des semaines et des mois, elle doit faire penser à la possibilité d'un rétrécissement trachéo-bronchique syphilitique.

C'est par la constatation de ce signe spécial que, dans l'observation suivante, Garel lui-même a eu son attention attirée vers une lésion trachéale.

OBSERVATION VII. — Gomme de la bifurcation des bronches. Considérations sur la valeur diagnostique de la toux de compression dans les tumeurs du médiastin, par GABEL (1906). (Résumée).

Femme de 30 ans. Mariée une première fois à 22 ans. Dix-huit mois après le mari est interné pour paralysie générale et meurt au bout de 2 ans. Se souvient avoir eu, 2 ou 3 mois après ce mariage, « des boutons » aux grandes lèvres, qui ont persisté un mois, et plus tard avoir souffert de violentes migraines. Mariée une deuxième fois à 28 ans. Mari actuel nie toute affection spécifique.

A l'examen, on trouve à la rhinoscopie postérieure une ulcération anfractueuse, ellyptique et taillée à pic, au niveau du pavillon tubaire gauche. Le nez et le pharynx sont normaux. Au larynx, rien ; la voix est d'ailleurs tout-à-fait normale.

« L'examen de la gorge terminé, je veux passer à l'auscultation des poumons. La malade s'est à peine levée qu'elle prend une *quinte de toux violente, spasmodique, à timbre caverneux analogue à la toux de chien*. Cette toux réalise le type le plus caractérisé de ce que j'ai décrit, il y a 4 ans, sous le nom de toux de compression. Comme cette toux est pour moi le signe certain d'une compression ou d'une sténose de la trachée ou des bronches, je m'empresse d'examiner à nouveau le larynx, ou plutôt la trachée, par la méthode Killian, la malade étant debout la tête penchée en avant. Ce procédé, on le sait, nous permet d'inspecter la trachée dans toute sa longueur. Je vois alors que la trachée est libre, mais dans le fond, au niveau de la bifurcation, au lieu de voir les deux orifices bronchiques et l'éperon qui les sépare, j'aperçois un gonflement, ou mieux, une saillie lisse et rouge qui gêne la libre introduction de l'air dans les bronches. La bronche droite est plus spécialement masquée en grande partie par cette tuméfaction. »

Il s'agit là, aussi bien que dans les fosses nasales, de lésions syphilitiques.

A l'examen des poumons, pas de matité; à peine une légère douleur à la percussion au niveau de la bronche droite. A l'auscultation, quelques sibilences à droite, seulement dans les fortes inspirations. A la radioscopie aucune ombre anormale.

Traitement : 10 injections d'Enésol, à raison d'une par jour. Grande amélioration des troubles fonctionnels et des signes physiques. On continue par l'administration quotidienne de 4 gr. d'IK.

plus 0,02 ctgr. d'extrait de Belladone, et au bout d'un mois et demi, la malade est en bonne voie d'amélioration. La toux, dit-elle, est moins hurlante et diminue progressivement. Les nuits sont très calmes. L'état général est excellent.

La Dyspnee *ne peut être mise en évidence que si elle est méthodiquement et minutieusement recherchée à l'interrogatoire et à l'examen.* Le malade accuse une certaine gêne respiratoire nocturne sans caractères particuliers. Il se plaint d'être essoufflé quand il court ou qu'il monte des escaliers. Mais souvent il omet de fournir ces renseignements si l'on ne prend pas soin de les lui demander. Aussi bien est-il prudent, à l'examen, de faire courir ou s'agiter le malade devant soi pour voir s'il n'existe pas une *ébauche de tirage épigastrique ou sus-sternal* après un effort un peu violent.

La voix est mentionnée par la majorité des auteurs comme étant normale à tous les points de vue. C'était autrefois (Mauriac, Rey, etc.) un des signes distinctifs de la syphilis trachéale d'avec la syphilis laryngée. Nous croyons cependant que la plupart du temps on trouvera *une voix, conservée certes, mais de timbre nettement anormal.* Elle sera comme affaiblie, légèrement étouffée; le malade semblera parler continuellement à voix basse. Il lui sera difficile et même pénible de parler plus haut. L'obstacle trachéal qui ne permet pas l'arrivée d'nue colonne d'air suffisante pour faire vibrer normalement les cordes vocales, est cause de cette modification de la voix; *on se trouve en quelque sorte dans le cas d'un soufflet respiratoire insuffisant.* Nous sommes habitués à rencontrer assez souvent ce signe là chez des tuberculeux à lésions pulmonaires étendues dont le larynx est indemne, mais qui, eux aussi, par suite d'un soufflet pulmonaire déficient, présentent une voix éteinte et étouffée. C'est encore là par conséquent un symptôme de plus qui peut devenir la source d'erreurs particulièrement préjudiciables au malade.

Les signes generaux ne font souvent que confirmer cette impression que l'on éprouve de se trouver en présence d'un tuberculeux et non d'un syphilitique. *La fièvre* fait rarement défaut. Il existe souvent une petite élévation de température vespérale aux environs de 38°. *L'asthénie est* extrêmement marquée, obligeant bien souvent le malade à interrompre ses occupations professionnelles. Enfin l'amaigrissement

peut, dès ce moment, atteindre plusieurs kilos.

Comme signes physiques, on constate parfois à cette période de l'existence de manifestations pleuro-pulmonaires qui peuvent être délicates à interpréter, et, qu'à notre avis, il convient de considérer comme des manifestations de même nature, c'est à dire d'origine syphilitique.

Notre observation inédite illustre d'une façon irréfutable cette manière de voir.

OBSERVATION VIII. — Inédite (Dr Parrocel).

Madame J. C..., 39 ans, servante à l'Hôpital de la Conception.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident à 40 ans ; mère morte à 63 ans sans cause déterminée.

Antécédents personnels. — Eruption cutanée en 1909, suivie d'avortement (7 mois). La spécificité est complètement ignorée de la malade qui n'a jamais subi de traitement. Depuis cette époque, chaque hiver, poussées de bronchite avec toux.

Histoire de la maladie. — A commencé de tousser plus que de coutume à l'automne 1928. L'auscultation montrait à cette époque de la pleurite droite et de la bronchite diffuse. Au mois de décembre, apparition d'un essoufflement qui s'est accentué progressivement. En février et mars apparaissent quelques accès dyspnéiques, surtout à l'occasion des efforts. La toux est opiniâtre, rebelle, de timbre caverneux, aboyante. L'amaigrissement est notable. Légère température vespérale. La malade est étiquetée bacillaire par son médecin et soignée comme telle.

Les phénomènes mentionnées ci-dessus ne s'améliorent pas, tout au contraire. La malade vient me consulter dans notre service de la Conception.

Examen du 8 mai 1929. — Nous avons devant nous une malade amaigrie, d'un état général médiocre. Elle dit venir nous consulter parce qu'elle est gênée par moment pour respirer et que sa voix est voilée, depuis quelques jours surtout. L'examen du larynx montre qu'il est absolument indemne, ne présentant aucune lésion. Devant ces deux signes : dyspnée d'effort et toux de compression caractéristique (la malade ayant toussé devant nous), nous la faisons déshabiller pour rechercher si elle présente du tirage; elle n'en a pas. Nous lui demandons de s'agiter, de marcher, et

alors le tirage épigastrique et surtout sus-ternal deviennent nets. Nous procédons à l'examen du larynx après avoir fait une anesthésie soigneuse du pharynx à la buttéline. Le larynx est toujours indemne ; la malade se laisse examiner facilement et on peut voir les trois, et même les quatre, premiers anneaux de la trachée. En avant, l'aspect annelé de la trachée est caractéristique, tandis qu'en arrière, surtout par comparaison, cet aspect annelé est mal observé ; la muqueuse est plus rouge, presque pourpre, comme vernissée. Mais ces signes sont très légers, puisqu'un de nos assistants qui examine la malade après nous, ne remarque rien de particulier. Nous pensons alors fermement être en présence d'une lésion trachéale et nous convoquons la malade pour le surlendemain, en vue d'une trachéo-bronchoscopie.

Examen du 10 *mai* 1929. — Anesthésie soigneuse du pharynx, de l'épiglotte, du larynx, de la région sous-glottique avec petite injection intra-trachéale de buttéline. La malade est anesthésiée comme pour une extirpation de polype du larynx. On pratique une laryngoscopie directe avec l'appareil spécial de Guisez, et nous constatons alors nettement la présence d'une voussure de la paroi postérieure de la trachée commençant au niveau du troisième anneau et ayant son point culminant entre le troisième et quatrième anneau. A cet endroit, présence d'un léger début d'ulcération. On a l'impresison d'avoir sous les yeux un gros furoncle de la trachée avec petit bourbillon central. Cette ulcération est à bords décollés, à fond grisâtre, d'allure cratériforme. Cette gomme comble un peu plus du tiers et un peu moins de la moitié de la lumière trachéale. Nous prenons alors un tube bronchoscopique long et mince qui nous permet d'inspecter la trachée dans sa portion sous-tumorale. Il n'existe aucune autre gomme ou lésion quelconque à ce niveau ; la bifurcation et le début des grosses bronches sont normaux. On constate seulement que la rougeur de la trachée, notée à l'examen laryngoscopique, existe aussi dans la région sous-tumorale, presque jusqu'à la bifurcation. La paroi postérieure est pourpre, vernissée, et a perdu son aspect annelé.

Le diagnostic de gomme s'impose alors, que confirment l'interrogatoire minutieux de la malade et la réaction de B. W. dans le sang.

On commence immédiatement un traitement par le novarsénobenzol. Dès les premières injections on note la sédation de la dyspnée, l'amélioration de l'état général ; la toux met un peu plus longtemps à s'améliorer.

Un mois après notre examen bronchoscopique, la malade ayant scrupuleusement suivi son traitement anti-spécifique, ne se plaint presque plus de rien. Elle pesait 51 kgs au moment de la bronchoscopie, elle en pèse 83 un an après.

Actuellement (octobre 1931) la malade respire librement et ne tousse plus. Cette personne qui depuis plusieurs années était vouée à des bronchites à répétition et présentait de la pleurite, n'offre plus actuellement le moindre phénomène broncho-pulmonaire. Sa santé est excellente. On ne note que la persistance d'un point douloureux sternal à 8 cm. au-dessous de l'articulation claviculaire.

Mais ce qui s'observe sans doute plus souvent, ce sont des *signes d'auscultation d'emprunt* provoqués mécaniquement par la lésion trachéale. C'est une respiration plus ou moins soufflante, couvrant le murmure vésiculaire en majeure partie, avec expiration prolongée. Ce signe paraît dû uniquement à un trouble de la ventilation pulmonaire consécutif aux modifications légères de calibre dont le conduit trachéal est alors le siège. D'autre fois on constate seulement un certain degré d'obscurité respiratoire d'un ou des deux sommets. Ce signe, quand il existe d'un seul côté, serait l'indice d'une gomme bronchique et non trachéale. L'observation suivante paraît rapporter un cas de ce genre.

OBSERVATION IX. — Syphilis trachéo-bronchique, par Galliard (1908).

Femme de 40 ans environ dont le passé m'était heureusement connu (syphilis datant de 10 ans), car, personnellement, elle ignorait absolument la nature de son mal et ne portait aucun stigmate susceptible de guider un médecin non averti.

Elle vint se plaindre, au début d'octobre 1907, de s'être refroidie pendant les vacances passées au bord de la mer, et d'avoir contracté une bronchite. Elle toussait, crachait des mucosités non sanguinolentes et éprouvait un peu de dyspnée ; voix cassée, mais pas de raucité spéciale. Elle maigrissait et perdait ses forces.

Je pensai d'abord à une poussée de tuberculose pulmonaire.

Cependant la percussion et l'ausculation ne fournissaient aucun renseignement précis. Je prescrivis donc un traitement par la révulsion et les balsamiques auxquels j'ajoutais des pilules de

protoiodure de mercure.

Quinze jours se passèrent sans nouvelles de la patiente qui, ayant exécuté mon ordonnance sauf les pilules, revint peu améliorée. Cette fois, je notai une chose importante : la diminution du murmure vésiculaire considérable au sommet gauche en avant. D'ailleurs, pas de matité, pas de souffle. Pas de ganglions cervicaux hypertrophiés, aucune détermination syphilitique à l'extérieur. Aucun signe d'anévrysme aortique. L'hypothèse d'une syphilis laryngée devait être repoussée, d'abord à cause de la conservation assez bonne de la voix, ensuite parce qu'un spécialiste consulté n'avait rien constaté au larynx.

Supposant une gomme syphilitique de la bronche gauche, je pratiquai une injection intra-musculaire d'huile grise. Cette injection fut renouvelée deux fois en quinze jours. Pas de iodure de potassium. Traitement banal de la bronchite.

Cependant, le 7 novembre dans la soirée, on vint me chercher en toute hâte. La malade suffoquait ; elle avait la face cyanosée, les lèvres bleuâtres, les veines du cou gonflées. En présence de cette crise d'orthopnée, l'entourage s'inquiétait fort, s'attendant à une fin prochaine. A ce moment, le murmure vésiculaire était supprimé des deux côtés. D'après tous les signes observés, l'obstacle à la respiration me paraissait être bas situé ; je ne le localisai en aucune manière au larynx; je restai bien persuadé qu'une trachéotomie n'apporterait aucun soulagement à la malade.

Seulement, je reconnaissai que le traitement mercuriel n'avait pas été assez intensif. Aussi, me hâtai-je de pratiquer une première injection de Biodure de Hg. de 0 gr. 02. Cette injection fut renouvelée tous les jours pendant 12 jours. Au bout de cette courte période, l'amélioration fut telle que la malade voulait cesser les injections, se déclarant guérie. En réalité, la dyspnée avait cessé, la voix était normale, l'expectoration presque nulle. Des deux côtés, le murmure vésiculaire était revenu presque complètement à l'auscultation.

A partir du 20 novembre, 8 injections jusqu'à la fin du mois. En décembre, 4 injections seulement (toujours 0 gr. 02 de Biodure de Hg.). Jamais de IK. A titre prophylactique, la cure fut reprise à la fin janvier, et jusqu'en avril il y eut quelques injections espacées.

Le traitement fut d'ailleurs admirablement supporté. Pas de stomatite ; aucun symptôme d'intoxication mercurielle.

Chose remarquable, la guérison, si rapidement obtenue par le

traitement mercuriel, s'est effectuée complètement sans le moindre signe de retrécissement cicatriciel. Guérison durable, puisque depuis une année l'euphorie ne se dément pas. La preuve m'en est fournie par des examens répétés dont le dernier est tout récent.

A la fin novembre 1908, la respiration est normale ; il n'y a pas de dyspnée; le murmure est perçu normalement des deux côtés, de haut en bas ; on ne peut même pas songer à l'emphysème. La voix est absolument normale. La circulation normale également. Aucun signe d'anévrysme aortique. Pas davantage de phénomènes cérébraux, bulbaires ou médullaires. L'urine n'a jamais contenu d'albumine. Le foie est sain.

En résumé, la syphilis du larynx et l'anévrysme de l'aorte étant éliminés, je pouvais hésiter d'abord chez cette malade entre l'adénopathie comprimant la bifurcation trachéo-bronchique, et surtout la bronche gauche, et l'infiltration gommeuse trachéo-bronchique.

L'absence d'adénopathies cervicales et la rapidité de la guérison parlent en faveur de ce dernier diagnostic. L'absence de sténose cicatricielle secondaire permet peut-être d'écarter l'hypothèse de gommes ulcérées.

Au point de vue pratique, syphilis suffocante chez une femme non renseignée, sans stigmates caractéristiques. Donc diagnostic très difficile. Efficacité merveilleuse du mercure, et du mercure seul.

De tout ce qui précède, ce qu'il faut retenir, c'est que ces différents signes d'auscultation se rencontrent surtout à la fin de la période de début; qu'on doit les interpréter comme étant l'indice d'une sténose déjà marquée; enfin que lorsqu'on les constate, la gomme n'est pas loin de s'ulcérer. C'est d'ailleurs aussi à cette période intermédiaire que l'on peut observer *la douleur rétro-sternale* avec sensation de corps étranger. Nous la retrouverons plus marquée à la période suivante.

PERIODE D'ETAT. —

C'est la période bien décrite par tous les auteurs qui ont traité de la question.

A ce moment, sauf de rares exceptions, les signes se précisent et le diagnostic devient facile. Mais à l'heure actuelle,

grâce à la bronchoscopie, c'est à la période de début, et non à celle-ci, que l'affection doit être diagnostiquée. Aussi serons-nous assez brefs sur les symptômes qui caractérisent ce stade de la maladie.

La toux conserve toujours son caractère de *toux de compression;* mais elle s'accompagne alors d'une *expectoration d'abord muqueuse, puis muco-purulente et abondante.* Les crachats sont parfois d'aspect nummulaires; *ils peuvent être striés de sang* et même, quelquefois, nettement hémorragiques. Il n'est pas rare qu'ils présentent une odeur spéciale allant jusqu'à donner une certaine fétidité à l'haleine. Dans certains cas, ils peuvent ramener des débris de cartilage qui viennent signer d'une façon indiscutable le diagnostic de l'affection en cours.

La dyspnée est de plus en plus marquée; elle devient permanente. *Les accès paroxystiques nocturnes* sont de plus en plus impressionnants et peuvent dès ce moment emporter le malade. *La respiration est difficile surtout à l'inspiration* : « Les anneaux ne soutiennent plus la trachée au moment où la pression atmosphérique tend à la comprimer; les parois, en partie membraneuses et trop faibles désormais pour résister aux efforts exercés sur elles, se laissent déprimer, se rapprochent l'une de l'autre et opposent à l'entrée de l'air une barrière plus étroite » (Rey). *L'expiration est en général plus facile;* elle est loin cependant de se faire librement; elle est d'abord sifflante, puis rapidement s'établit du *cornage* qui dès lors devient permanent. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'on verra l'expiration se faire plus péniblement que l'inspiration; c'est qu'alors il se trouve, flottant dans la lumière trachéale, un morceau de cartilage qui forme clapet pendant l'expiration (Pengruéber; in Th. de Rey, Obs.I). C'est d'ailleurs à cette période, où les troubles respiratoires s'affirment nettement, que le malade éprouve le plus souvent la sensation d'avoir un corps étranger qui obstrue ses voies aériennes.

La voix devient de plus en plus étouffée et revêt dans quelques cas un certain degré de raucité.

Les douleurs qui sont peu fréquentes à la période de début, *sont de règle à ce stade* : Il s'agit le plus souvent de *douleurs spontannées, rétro-sternales, sans irradiation précise;* plus rarement elles sont provoquées par la déglutition. Parmi les 23 observations que nous avons réunies, nous ne trouvons

la *dysphagie* mentionnée qu'une fois; et encore s'agit-il en l'espèce d'un malade dont le diagnostic de lésion tertiaire n'est pas absolument certain. Nous inclinons donc à croire que la dysphagie, au cours de la syphilis trachéale, est un signe beaucoup plus rare que les auteurs ont bien voulu le dire. Siems, dans l'observation suivante, signale comme un fait caractéristique que la déglutition soit plus facile la tête étant penchée en avant.

OBSERVATION X. — Siems, 37e *Congrès français d'O.R.L.*, (1925). (Résumée).

Homme de 40 ans. Depuis quelque temps, toux spasmodique, crises asthmatiformes périodiques, douleurs rétrosternales, et dysphagie spéciale non signalée par les classiques (malade avale facilement en penchant la tête sur la poitrine, mais déglutition douloureuse si le cou est en extension).

A l'examen du larynx, rien sauf de la rougeur au niveau de la glotte.

La trachéoscopie directe montre la paroi postérieure de la trachée très rouge ; impossibilité de distinguer les divisions cartilagineuses des anneaux.

Diagnostic de l'auteur : trachéite érythémateuse syphilitique.

B.W.: + +. Amélioration par le cyanure de mercure.

Les auteurs anciens s'étendent longuement sur l'importance de l'auscultation et de la palpation de la trachée, ainsi que sur l'aide précieuse que peuvent apporter ces moyens d'investigation pour localiser le siège des lésions. Cela était juste au siècle dernier, il ne l'est plus au nôtre qui a vu naître et grandir la bronchoscopie. Aussi, ce n'est que pour mémoire que nous mentionnons que la palpation peut, en montrant l'existence de ganglions péri-trachéaux, attirer l'attention sur la trachée et les bronches (Milian). De même on pourrait noter vers la fin de cette deuxième période une dureté particulière de la trachée qui est devenue moins mobile sur les plans profonds et environnants. Enfin, pour terminer avec les signes décrits par les anciens, citons encore l'abaissement du larynx et son immobilité pendant la déglutition et

la phonation (signe de Demarquez), et le pouls paradoxal de Gerhard qui passait jadis pour une marque certaine d'obtacle trachéal.

Les signes generaux, à cette période, s'accentuent davantage; l'asthénie est de plus en plus marquée; *l'amaigrissement* est extrême; *les sueurs* sont profuses; *la fièvre* est souvent élevée, 39 et 40; ce qui a fait parler de *phtysie trachéale syphilitique* (Rey). Cependant, la fin de ce deuxième stade évolutif peut être marquée par une phase d'accalmie dûe à l'élimination d'une partie des lésions trachéales, ce qui permet à l'arbre aérien de récupérer momentanément plus ou moins son calibre normal.

PERIODE TERMINALE OU DE CICATRISATION. —

Mais *cette accalmie est trompeuse, passagère, de courte durée.* Après l'élimination des parties mortifées et sphacélées commence aussitôt la période de cicatrisation.

C'est dans cette phase de réparation que les *troubles respiratoires acquièrent leur maximum d'intensité.* La dyspnée, avec inspiration sifflante et cornage permanent, devient de plus en plus impressionnante (Obs. de Moure, in th. de Parrain). Les crises paroxystiques de suffocation se répètent de plus en plus fréquentes et dramatiques ; elles constituent un des traits les plus saillants de la syphilose trachéale en voie de cicatrisation. C'était d'ailleurs souvent au cours d'un de ces accès qu'autrefois étaient enlevés des malades que l'on croyait entrés dans la voie de la guérison.

Nous n'insisterons pas davantage sur les manifesations de cette troisième période de l'affection qui nous occupe, bien qu'elle soit intéressante. Elle relève en effet davantage des sténoses cicatricielles que des sténoses syphilitiques évolutives, sujet de notre travail.

II. COMPLICATIONS

C'est simplement pour mémoire que nous citons les principales complications. Au cours de son évolution, et en particulier à la deuxième et troisième périodes, la syphilis trachéale peut être la cause de complications graves. D'abord le processus syphilitique, comme nous l'avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique, peut envahir les organes voisins, surtout l'œsophage (*fistules trachéo-œsophagienne* très graves, à cause des complications broncho-pulmonaires), les vaisseaux (aorte, sous-clavières etc), les nerfs (récurrent, pneumogastrique, etc) ; les ganglions cervicaux ou médiastinaux peuvent être atteints, et la médiastinite s'installer avec tout son cortège de symptômes et de complications. Enfin la syphilis trachéale peut-être la cause, à tous les stades de son évolution, de *complications broncho-pulmonaires graves* : congestion pulmonaire ou pneumonie intercurrentes capables d'enlever rapidement le malade. On a cité des cas de bronchectasie, de bronchite fétide, de gangrène pulmonaire. Ces complications graves sont plutôt l'apanage de la deuxième et surtout de la troisième période (Fraenckel). Quant à la gangrène pulmonaire elle devient fréquente en cas de distule broncho-œsophagienne (broncho-pneumonie de déglutition).

Ce sont là les principales complications de la syphilis trachéale; les autres sont extrêmement rares. Enfin citons, à cause uniquement de sa rareté, que dans l'observation de Tapia, la malade a présenté de la myosite syphilitique des masséters à la suite de l'examen bronchoscopique. Cette complication particulière ainsi survenue est unique, croyons nous, dans toute la littérature médicale.

Voici cette observation.

OBSERVATION XI. — Un cas de syphilis trachéale. Trachéo-bronchoscopie ; myosite aigüe consécutive des masséters, par TAPIA (1906). (Résumée).

Femme de 43 ans, sans antécédents pathologiques.
Fait une bronchite qui laisse dyspnée d'effort et toux.

Cette toux, d'abord sèche, s'accompagne ensuite de crachats sanguinolents. En même temps, la dyspnée s'accentue : l'inspiration est lente, superficielle, prolongée, bruyante, avec bruit de froissement. Elle détermine une coloration bleuâtre des muqueuses de la langue et des lèvres. La voix est claire et normale.

A l'examen du larynx : rien. Le même examen, suivant la méthode de Killian, montre un obstacle bas-situé sur la trachée. La trachéoscopie supérieure, rendue difficile par la longueur exagérée des dents et la gêne respiratoire, montre la présence de masses rougeâtres insérées sur les parties postérieures et latérales de la trachée, tout près de sa bifurcation, et obstruant presque complètement la lumière trachéale. Par ailleurs, ulcération phagédénique du lobe de l'oreille gauche; ganglions occipitaux et sous-maxillaires gros, mobiles, bi-latéraux, et cicatrice récente d'aspect manifestement syphilitique.

Le traitement mercuriel immédiatement institué donne une rapide amélioration qui alla s'accentuant dans la suite et vint confirmer le diagnostic.

Mais le premier examen trachéoscopique avait laissé les deux masséters endoloris. Une deuxième séance de trachéoscopie accentua la douleur et le gonflement à ce niveau ; elle fut suivie le lendemain d'une élévation de température (38°3). L'intégrité des articulations temporo-maxillaires et des parotides permettant d'exclure l'hypothèse d'une lésion de ces organes, principalement celle d'une parotidite mercurielle, il s'agit très vraisemblablement d'une myosite traumatique primitive des masséters sur un terrain syphilitique. Elle rétrocéda d'ailleurs grâce à un traitement local en une douzaine de jours.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic dépend essentiellement du stade auquel se trouve la maladie.

A la période de début, si le diagnostic local et étiologique est posé, le pronostic est excellent ; car sous l'influence d'un traitement bien compris il ne subsistera aucune trace de l'affection, en particulier aucune sténose des voies aériennes.

Notre observation inédite N° VIII en est un exemple probant. Près de trois années se sont écoulées depuis le moment où la gomme trachéale a été reconnue et traitée ; la seule séquelle qui persiste est une légère douleur rétro-sternale sans aucune gêne fonctionnelle.

A la période d'état, le pronostic immédiat est grave, parfois même extrêmement sérieux, puisque le malade peut se trouver rapidement emporté par une crise paroxystique de suffocation ou par une complication pulmonaire intercurrente. Quand au pronostic éloigné, il est également sombre en général. Malgré un traitement énergique il peut persister, après guérison des lésions évolutives, une cicatrice sténosante de la trachée contre laquelle nous sommes mal armés et qui fera du malade un infirme pour toute sa vie.

A la troisième période, l'avenir du malade est encore plus compromis, et le plus souvent le traitement anti-spécifique restera inefficace, car les lésions arrivées à ce stade sont déjà des lésions plus cicatricielles qu'évolutives.

En résumé, on peut dire que le *pronostic dépend essentiellement de la précocité du diagnostic*. Seul un diagnostic posé de bonne heure permettra un traitement approprié dont on pourra garantir les bons effets.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

La seule façon intéressante d'envisager le diagnostic de la syphilis trachéale est, à notre avis, de se placer en face du malade, de suivre pas à pas le développement de l'affection et d'indiquer au fur et à mesure quelle doit être la ligne de conduite du médecin pour ne pas s'exposer à méconnaître une gomme de la trachée en évolution.

C'est du moins ainsi que nous allons essayer d'exposer cet important chapitre de la question.

Il est auparavant un point qu'il importe de préciser : c'est qu'à l'une et à l'autre période de la maladie il faut faire et un diagnostic local (lésion interne des voies aériennes) et un diagnostic étiologique. Celui-là sera difficile à la première période et facile à la deuxième ; celui-ci pourra être aisé ou non aux deux périodes, suivant que l'on songera ou non à la spécificité.

A LA PERIODE DE DEBUT :

A ce stade, le malade qui vient consulter s'amène pour être débarrassé de quelque chose qui le gêne et non qui l'inquiète. *C'est un malade ambulant* dont l'état général ne réflète rien de grave, ni de sérieux. Devant les phénomènes trachéo-bronchiques traînants, sans tendance à l'amélioration, dont il vient se plaindre, quelle ligne de conduite doit on tenir?

Il faudra en premier lieu procéder à un *examen clinique minutieux* qui permettra de rechercher et d'éliminer : l'imprégnation tuberculeuse au début, les affections pleuro-pulmonaires, médiastinales, cardiaques (péricardite), toutes les compressions extrinsèques des voies aériennes. Mais on devra

se souvenir que de toutes ces affections, pratiquement, celle qui prête le plus à erreur, c'est la *tuberculose pulmonaire au début*. Toutes nos observations en témoignent d'une façon indiscutable. Aussi bien, que cet examen clinique soit négatif ou positif, il devra de toute nécessité être complété par une épreuve radioscopique et radiographique.

EXAMEN RADIOLOGIQUE. — Cet examen doit être fait en vue d'éliminer toutes les lésions intra-thoraciques ou cervicales dont la syphilis trachéale peut prendre le masque. En particulier, on devra rechercher les *signes radiologiques d'une tuberclose pulmonaire en évolution*, ceux des *tumeurs thoraciques ou cervicales* susceptibles de déterminer une compression des voies aériennes, et principalement l'*ectasie aortique* qui, comme nous le verrons plus loin, est une contre-indication de la bronchoscopie. Cet examen devra être pratiqué de face, de profil et en oblique antérieure gauche, de manière à pouvoir explorer l'espace prévertébral. En cas du moindre doute, et même toujours si les conditions matérielles le permettent, la radioscopie sera complétée d'une *radiographie comprenant le thorax et la région cervicale* (*corps thyroïde inclus*); le mieux sera même d'avoir recours à la *stéréo-radiographie*.

Si l'on a à faire à une gomme trachéale au début, tous ces examens seront négatifs. Peut-être cependant qu'une *injection de lipiodol intra-trachéale* serait capable de mettre en évidence une légère voussure de la paroi trachéale. Nous n'en avons personnellement aucune expérience, et ne pensons pas que ce soit là un moyen de diagnostic à employer pour reconnaître l'affection qui nous occupe. Nous estimons même qu'il n'offrira dans l'avenir aucun intérêt puisque nous avons à notre disposition un moyen beaucoup plus intéressant et plus direct : la trachéo-bronchoscopie.

Si le malade examiné ne présente cliniquement et radiologiquement aucune trace de tuberculose pulmonaire, aucune lésion quelconque intra-thoracique, aucune compression extrinsèque des voies aériennes, que convient-il de faire ?

EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE. — Il s'impose alors On y sera d'autant plus volontiers amené que, dans

la majorité des cas, il existe des *troubles de la phonation* (voix éteinte, voix étouffée). Mais cet examen aussi demeure, en cas de lésion trachéale, entièrement négatif. On diagnostique : légère aphonie « sine matéria » Tout-à-fait par hasard, et dans des conditions exceptionnelles, la laryngoscopie indirecte peut permettre de noter, quand on se trouve en présente une gomme du tiers supérieur, une disparition de l'aspect annelé de la trachée dont la muqueuse est de teinte rouge sombre, vernissée. C'est ce qui s'est produit dans nos deux observations inédites (N° VIII et N° XII) où l'examen au miroir a éveillé l'idée d'une lésion trachéale sans pouvoir l'affirmer.

Mais dans la règle, en matière de lésion trachéale, seule la laryngoscopie directe, ou mieux, la trachéo-bronchoscopie, permet un diagnostic sûr et rapide.

TRACHEO-BRONCHOSCOPIE. — Quelles en sont les indicatoins ?

A notre avis, elles reposent sur la constatation de deux signes positifs et deux signes négatifs.

Les deux signes positifs sont, par ordre d'importance : la dyspnée et la toux. C'est une dyspnée d'effort, surtout inspiratoire, sifflante et accompagnée d'un léger tirage épigastrique ou sus-sternal qui n'est observé que si l'on songe à le rechercher; ce tirage n'apparaît le plus souvent qu'après l'effort. Quant à la toux, elle est nettement caractéristique ; c'est une toux abovante, à timbre caverneux ; c'est la toux de compression admirablement bien décrite par Garel.

Voilà donc les deux symptômes cardinaux qui aiguilleront vers le bronchoscopie, sans toutefois, à eux seuls, suffire à la motiver d'une manière certaine. Mais l'indication de l'exploration endoscopique se posera *absolue et formelle* quand il s'y ajoutera la constatation des deux signes négatifs suivants : 1° *Un larynx indemne;* 2° *L'absence de toute tumeur cervicale ou médiastinale* comprimant les voies aériennes, absence dûment vérifiée cliniquement et radiologiquement

Les contre-indications de l'endoscopie ne peuvent venir, comme le disent Bloch et Soulas, *que de la coexistence de certaines affections:* et nous sommes entièrement de leur avis. Ce sont : « un état cardio-vasculaire inquiétant ; une symphy-

se péricardique ; une tuberculose pulmonaire en poussée évolutive; la pluspart des cas de pneumonie et de broncho-pneumonie aigües ; une hémoptysie abondante et récente ; les pleurésies de la grande cavité ». De même une compression trachéale dûe a un anévrysme contrôlé radiologiquement doit faire rejeter ce mode d'examen. Bien que nous sachions qu'une bronchoscopie faite méthodiquement, après une bonne anesthésie locale pharyngo-laryngée chez l'adulte et sans anesthésie aucune chez l'enfant, ne présente aucun danger. Cela, bien entendu, à condition de *ne pas se servir de cet instrument à la fois archaïque, inutile et dangereux, qu'est le mandrin pour tubes bronchoscopiques.* L'emploi de cet appareil n'a pour résultat que de transformer un mode d'investigation inoffensif en un procédé aveugle et brutal. Le bronchoscope, en effet doit être introduit en repérant « de visu » l'épiglotte, les bandes ventriculaires, les cordes et l'espace sous-glottique. Ceci fait, on ne doit le faire avancer qu'anneau par anneau, en inspectant soigneusement au fur et à mesure l'aspect de la trachée que l'on a devant soi. Et, quand on se trouve en présence d'un aspect anormal quel qu'il soit, on doit s'arrêter; si la vision est gênée par des mucosités, il faut s'en débarrasser au moyen de l'aspirateur et nettoyer avec précaution la surface de muqueuse que l'on a sous la vue avec des tampons de cotons. Il va sans dire que si l'anesthésie est tant soit peu insuffisante, on doit immédiatement la compléter avant de pousser plus loin l'introduction du tube.

Ainsi comprise, la trachéo-bronchoscopie ne peut pas être pratiquée, il est évident, n'importe où, dans n'importe quelles conditions, avec n'importe quel instrument et par n'importe qui. Car, pour faire un bon examen endoscopique, *il faut que cette opération ne soit pénible ni pour le malade ni pour le médecin.* Si l'une seulement de ces deux conditions ne se trouve pas remplie, l'examen devient fatalement défectueux et parfois même dangereux.

Nous ne voulons pas faire ici une description de la technique bronchoscopique ; ce serait sortir du cadre de notre sujet. Nous avons voulu seulement souligner l'*inocuité de l'endoscopie* et en même temps le secours précieux qu'elle fournit en cas de doute sur l'existence d'une sténose trachéo-bronchique.

A ce stade de la maladie, si l'on a à faire à une gomme

limitée de la trachée, la bronchoscopie montre en un point de la muqueuse une *surélevure rouge pourpre, sèche, vernissée,* présentant parfois en son milieux un début d'*ulcération cratériforme donnant l'impression d'un gros furoncle* avec son bourbillon central. C'est, nous l'avons vu, l'aspect que revêtait la lésion dans notre observation inédite N° VIII. Jamais à ce moment l'obstruction de la trachée n'est très marquée. Dans le cas que nous venons de citer, il nous a été permis, grâce à un tube de qualibre réduit, de passer, sans la toucher, entre la gomme et la paroi trachéale opposée, et de pouvoir ainsi inspecter le début des grosses bronches. Cet examen direct, pré et post-tumoral, nous a montré sur la face postérieure et les faces latérales du conduit aérien, et sur presque toute sa hauteur, l'existence d'une rougeur très marquée avec disparition presque complète de l'aspect annelé de la muqueuse.

L'infiltration gommeuse diffuse présente les mêmes caractères généraux, mais la surélevation, la boursouflure de la muqueuse s'étend sur une surface beaucoup plus grande. Elle peut aller depuis la région sous-glottique jusqu'à la bifurcation et envahir, dans quelques cas extrêmes, la presque totalité de la circonférence intérieure de l'organe. Il faut dire cependant que la majorité des cas de syphilômes diffus, bien que donnant lieu à des lésions plus étendues qu'une gomme simple, présentent des dimensions plus réduites que celles que nous venons d'envisager. Tous les cas intermédiaires peuvent se rencontrer.

A cette période, l'examen trachéoscopique est assez concluant par lui-même pour qu'un diagnostic ferme puisse être posé; surtout si l'on veut bien se souvenir que la syphilis de l'arbre trachéo-bronchique n'est pas aussi rare qu'on s'est plu à le dire. Si d'ailleurs le moindre doute venait à subsister, *la bronchoscopie offrirait encore cet avantage immense de permettre une biopsie ;* et alors, l'examen histologique montrant l'absence de lésions bacillaires ou néoplasiques, d'une part ; l'examen sérologique donnant une réaction de B. W. positive, d'autre part ; le diagnostic de la syphilis s'imposerait sans plus d'hésitation.

Nous ne saurions mieux faire, pour montrer tout l'intérêt que présente la trachéo-bronchoscopie, que de rapporter

l'observation inédite que notre maître, le Professeur Brémond, nous a fait l'honneur de nous donner.

OBSERVATION XII. — Inédite. (Pr Brémond).

Au mois de novembre 1912, Mme G... M.., 46 ans, envoyée par le Dr Dargelos (d'Aix), se plaint de *tousser*, de *ressentir une légère douleur rétrosternale* et de *respirer avec peine.*

La respiration de la malade, sans présenter de tirage, est un peu bruyante. Pas de goître. Pas d'adénopathie cervicale. Elle tousse assez fréquemment et l'expectoration est muco-glaireuse avec parfois quelques stries sanguinolentes. Pas de lésion pulmonaire. Bon état général. La malade a eu trois fausses couches (ses trois premières grossesses).

A l'examen : Pas de lésions laryngée. Dans l'inspiration forte on voit, à 2 cm. sous la glotte, sur la paroi antérieure de la trachée, une *élevure exulcérée du volume d'une petite amande.* La trachéoscopie ne montre pas davantage mais permet la prise d'un fragment. L'examen histologique ne montre *ni lésions bacillaires ni lésions d'épithélioma,* et reste très indécis. Le Wassermann est positif.

On porte le diagnostic de lésion syphilitique tertiaire de la trachée.

Le traitement anti-spécifique est institué. Tour à tour, 6 injections de novarsénobenzol puis 6 injections de cyanure de Hg. intra-veineuses; dans la suite, traitement d'entretien par le sirop de Gibert.

Progressivement on note la disparition de la gêne respiratoire, de la toux et de l'expectoration.

Au bout de cinq mois (mai 1913), la laryngoscopie ne découvre plus rien qu'une tache blanc nacrée. Le traitement est continué, et la malade, revue en octobre 1913, continue à se très bien porter. Pas de sténose.

Quand à la *tuberculose*, elle aura déjà été éliminée endoscopiquement grâce à son aspect caractéristique, soit que l'on ait à faire à la forme secondaire qui ne s'observe que chez des tuberculeux avérés, soit qu'il s'agisse de la forme primitive qui a pour elle ses petites ulcérations lenticulaires tout à fait spéciales. Quand à la forme végétante, elle se présente sous une forme tumorale et revêt une allure bien particulière devant

laquelle il n'est pas possible de se tromper. *Le Lupus* sera de même facilement écarté par le seul fait qu'il s'accompagne toujours de lésions rhino-pharyngées identiques qui, par leur seule coexistence, imposent le diagnostic. Cependant le lupus primitif de la trachée, bien qu'extrêmement rare, peut se rencontrer (Wiphan et Delepine).

Il en est de même pour le *sclérome* dont les lésions purement trachéales sont pratiquement inexistantes. Toutefois, étant donné sa fréquence de plus en plus grande dans nos pays, c'est une affection à laquelle il sera bon désormais de penser quand on examine les voies aériennes d'un malade.

Quand aux tumeurs bénignes, elles ne peuvent préter à aucune confusion.

A LA PERIODE D'ETAT :

A l'heure actuelle ce n'est plus à ce stade que le diagnostic de la syphilis trachéo-bronchique doit être posé, mais bien au contraire à la période précédente, de début. Il est d'ailleurs ici bien moins intéressant à tous les points de vue, aussi serons-nous plus bref sur ce chapitre.

Si l'on a pas eu la chance de voir le malade plus tôt, on se trouvera en présence d'un tableau clinique tout à fait différent. On aura devant soi *un malade dont l'état peut déjà être sérieux, inquiétant, parfois même dramatique.*

Le problème à résoudre se posera différemment suivant l'allure sous laquelle est en train d'évoluer l'affection.

Si LES PHENOMENES TRACHEAUX (*dyspnée avec accès paroxystiques, et toux spéciale*) SONT AU DEUXIEME PLAN, et qu'au contraire l'expectoration, la température, l'amaigrissement, les sueurs profuses, le mauvais état général dominent, on risque fort d'être induit en erreur et de penser à une *tuberculose pulmonaire évolutive* plutôt qu'à la syphilis trachéo-bronchique. Et alors, ici, comme à la période de début, il faudra rechercher soigneusement tous les signes différentiels ; en particulier les caractères de la dyspnée trachéale et l'absence de lésions pulmonaires tuberculeuses en activité, tant à l'examen clinique que radiologique. Le laboratoire sera sou-

vent d'un grand secours en montrant, d'une part l'absence de B. K. dans les crachats, de l'autre un B. W. positif. Si malgré ces épreuves il subsiste le moindre doute, ici encore la bronchoscopie s'impose. Elle seule, en effet, à n'importe quelle phase évolutive de la maladie, peut permettre un diagnostic rapide et sûr.

Mieux que tout commentaire, la longue observation suivante que nous reproduisons « in extenso », montre jusqu'à quel point la syphilis de la trachée peut, à cette période, prendre le masque d'une tuberculose pulmonaire évolutive.

OBSERVATION XII. — Retrécissement syphilitique de la trachée. Traitement spécifique. Guérison, par H. Ovize (1900).

Le 4 septembre 1899 entre, Salle de l'Epée, une femme de 36 ans, ménagère.

Ses antécédents n'offrent rien de très intéressant : père mort à 64 ans de hernie ; mère morte d'un catarrhe. Elle a eu 10 frères ou sœurs ; 4 sont morts en bas âge ; un frère est mort à 34 ans alcoolique, à la suite d'accidents cérébraux. Il n'y a pas eu de tuberculose dans sa famille.

Elle-même a toujours joui d'une excellente santé. Elle n'a pas eu de maladies aiguës de l'enfance ; n'a jamais présenté de traces de scrofule. Elle ne tousse pas et n'est pas sujette à s'enrhumer.

Elle fut mariée deux fois. Du premier mari : 2 enfants vivants et bien portants. Du deuxième mari : elle contracta, il y a 9 ans, une syphilis suivie d'accidents secondaires, qui furent d'ailleurs bien traités ; elle fit un séjour à l'hôpital et continua deux ans chez elle le traitement spécifique avec régularité. Elle eut un premier enfant mort-né ; un deuxième âgé d'environ 3 ans, actuellement bien portant ; enfin, un troisième mort, qui aurait actuellement 11 mois.

Pendant l'allaitement de ce dernier enfant, la mère fut surmenée : elle faisait, le jour, son travail ordinaire, dormait peu et se levait continuellement la nuit. C'est là qu'elle prit froid, dit-elle, se mit à tousser peu à peu, sentit un point de côté. Depuis 6 mois, la maladie s'est progressivement aggravée d'une manière considérable.

Elle a consulté plusieurs médecins à qui elle a toujours im-

médiatement avoué sa spécificité. Elle ne paraît pas cependant avoir été soumise au traitement mixte ; en revanche, elle a pris quantité de créosote, tolu, quina, etc...

Depuis 3 mois, l'expectoration est devenue très abondante ; *les symptômes de tuberculose se sont accentués de plus en plus* ; une dyspnée intense s'est établie. La malade n'a plus d'appétit ; elle a maigri beaucoup et a considérablement perdu ses forces.

Actuellement : son amaigrissement s'est encore accru ; elle *présente tout à fait l'aspect cachectique d'une tuberculeuse au début de la période ultime.* Cependant, elle n'est pas extrêmement pâle, la muqueuse des lèvres est encore rosée ; elle n'a pas de déformation hippocratique des doigts.

Aux poumons : *dyspnée vive*, donnant *tirage et cornage* avec saillie marquée des muscles du cou. Il n'y a cependant que 16 inspirations par minute, malgré ce phénomène. Le tirage épigastrique est d'ailleurs assez modéré. *La toux est fréquente*, éteinte par moment, pénible. De temps à autre, *les crachats sont très abondants et constituent de véritables petites vomiques.* Elle a des points douloureux variables.

A l'examen : en avant, sonorité sur toute la hauteur ; cependant sous la clavicule droite, légère différence en moins avec le côté opposé. Il n'y a pas de douleur à la percussion. A l'auscultation, on trouve l'expiration notablement prolongée, surtout du côté droit. En arrière, il n'y a pas de matité ; dans toute la hauteur et des deux côtés, l'inspiration est forte, couvrant le murmure vésiculaire, sans le supprimer, sans être vraiment soufflante. L'expiration est un peu plus longue que l'inspiration, non silencieuse, légèrement soufflante. Il n'y a aucun râle ni aucun bruit surajouté.

Larynx : la voix est claire d'ordinaire ; elle se voile cependant parfois. Le larynx ne paraît pas abaissé, il ne s'immobilise ni pendant la respiration, ni pendant la déglutition, ni pendant la phonation. L'examen ne montre rien d'anormal. La luette est petite, déviée à gauche, sans traces de cicatrices ; le voile est normal.

Cœur et circulation : on ne trouve rien de très anormal. La pointe bat dans le cinquième espace, à 1 cm. en dedans du mamelon ; le sein est petit, peu déplacé. Il n'y a pas de dilatation aortique; pas de soulèvement rétrosternal ; rien non plus, au niveau de la sous-clavière droite. Le pouls est régulier, assez ample, sans grande tension ; il bat à 90 ; on a le pouls paradoxal, diminuant pendant l'inspiration. Il n'y a pas d'athérome.

Tube digestif : la dentition est bien conservée ; il n'y a pas de gengivité malgré l'absence de soins hygiéniques. La langue est rose et humide. Depuis 4 jours, la malade a de l'anorexie. Elle n'a pas cependant de gêne notable à la déglutition ; pas de vomissement ; un peu de constipation. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. On trouve une légère matité au niveau de la région splénique.

Organes génitaux : les règles persistent ; elles sont simplement un peu moins abondantes ; la malade a souvent des pertes blanches.

Les urines ne contiennent pas d'albumine ; elles sont foncées, chargées en matière colorante.

Au point de vue somatique on constate au thorax une gomme costale droite au niveau du troisième cartilage ; cette gomme est de la grosseur d'une petite noix ; elle a été plus volumineuse, mais elle a diminué sous l'influence de pommades qui, suivant l'expression de la malade, la faisaient cuire. Il n'y a pas eu de traitement interne. On trouve enfin des ganglions inguinaux sans caractère spécial.

Les insomnies et *les sueurs profuses sont fréquentes. La température est assez oscillante :* 39°7 le soir, 37°3 le matin.

On soumet la malade au traitement mixte (sirop de Gibert et IK.).

Dès le 7, c'est-à-dire 3 jours seulement après son entrée, le tirage paraît moins fort ; les dépresisons sus-sternales et sus-claviculaires sont moins profondes. La malade crache beaucoup moins depuis hier soir; on trouve quelques crachats muco-purulents mais en bien moins grande quantité que les jours précédents. Ils sont liés entre eux par des mucosités visqueuses et adhérentes ; au-dessus flotte toujours une écume abondante et fine. Elle ne mangeait rien depuis quinze jours ; elle a mangé un peu hier.

Le 9, on constate une inégalité pupillaire marquée : myosis droite ; la pupille de ce côté est à peine mobile et réagit beaucoup moins bien que la gauche à la lumière et à l'accommodation.

Le 12, on voit que les crachats, moins abondants d'ailleurs, ont changé de caractère : ils sont exclusivement composés de mucus aggloméré sur quelques points et séparé par un liquide mousseux à la surface ; il n'y a plus un crachat purulent jaune ou vert.

Le 21, la malade continue à peu cracher; les crachats sont purement muqueux, surmontés d'une écume légère assez fine. Le tirage et le cornage sont peu modifiés. Depuis 4 jours, la malade

a de temps à autre des accès de suffocation. Ces accès surviennent la nuit de préférence; pendant ces accès, la malade serait pâle et non violacée. Les mouvements sont l'occasion de dyspnée violente ; la toux est incessante et rend l'auscultation difficile.

A la percussion, la sonorité est conservée dans tout le poumon. En avant et en arrière on ne trouve aucune zône de matité, ni sur le sternum, ni entre les épaules ; cependant sous la clavicule droite, l'élasticité est un peu moins grande au doigt et la sonorité un peu plus élevée qu'à gauche.

A l'auscultation, l'inspiration est courte, dans un rapport avec l'expiration comme 1 est à 4. L'expiration est silencieuse, sauf sous la clavicule droite. A l'extrémité du deuxième espace intercostal on la trouve légèrement soufflante. Nulle part il n'y a de souffle vrai. Il n'y a pas de râles.

La myosis droite persiste. La tumeur signalée au niveau de la troisième côte paraît avoir diminué, ou, plus exactement, elle s'est étalée. Le pouls paradoxal persiste. La malade mange toujours très peu ; elle n'accuse aucune gêne de la déglutition, mais après ses repas elle se plaint d'étouffements. Depuis son entrée, elle est soumise au traitement mixte ; elle prend 30 gr. de sirop de Gibert, et la dose d'IK. a été graduellement élevée jusqu'à 4 gr. par jour. Il n'y a eu qu'un seul jour d'interruption.

Le 20 novembre : Ce traitement mixte a été pendant longtemps continué, mais avec des périodes de repos assez longues, sur les instances de la malade. L'amélioration est considérable. La malade n'est pas réglée depuis 1 mois 1/2.

Le 20 décembre : La malade fait de la température. Elle tousse et crache beaucoup. Elle a contracté une grippe qui sévit dans le service.

Le 23 décembre : La gomme périostique du thorax ne fait plus qu'une saillie très minime. Le tirage et le cornage ont disparu. La dyspnée pourtant, ces deux ou trois derniers jours, a été vive; c'est la conséquence de la grippe. L'expectoration est abondante, purement muqueuse, assez finement aérée, non visqueuse, sans trace de pus. L'inégalité pupillaire persiste, moins accusée qu'au début pourtant. La pupille droite est contractée, la gauche dilatée.

Aux poumons : En avant, la sonorité à gauche peut être regardée comme normale sur toute la hauteur. A droite, on trouve de la submatité avec élévation de tonalité, de la clavicule au 2e espace; au-dessous, la sonorité est normale. Les vibrations thoraciques sont plus accentuées à droite que sous la clavicule gauche.

Le murmure vésiculaire est normal ; mais l'expiration est notablement plus longue que l'inspiration, à droite comme à gauche, mais à droite, l'allongement est encore plus prononcé. En outre, dans une zône limitée en dedans par le sternum, en bas par le 2e espace, en haut par la clavicule, en dehors par une ligne qui passerait à 5 cm. du bord sternal, l'expiration est soufflante. Des deux côtés, les deux temps de la respiration s'accompagnent de râles ronflants et sibilants disséminés sur toute la hauteur; les râles sous-crépitants sont rares.

En arrière, la sonorité est parfaite de haut en bas, des deux côtés. L'expiration est plus longue à droite; dans toute la hauteur, à droite comme à gauche, on entend de nombreux râles ronflants et sibilants. Quelques râles sous-crépitants peu nombreux, surtout localisés aux bases. Pas de souffle, pas de râles fins. Aucun ganglion.

Le 2 janvier 1900, la malade demande sa sortie. Son état est très satisfaisant. Cornage et tirage ont disparu au repos. Elle tousse encore un peu, conséquence de la grippe contractée ici. La toux a un caractère aboyant; la tuméfaction de la troisième côte est presque imperceptible pour une personne non prévenue, l'état général est bon; la malade a beaucoup engraissé.

Aux poumons, en arrière, la sonorité est parfaite. L'inspiration forte, l'expiration silencieuse. En avant, la sonorité est parfaite sous les deux clavicules, mais avec une tonalité plus élevée sous la clavicule droite. Même remarque qu'en arrière : inspiration forte, expiration silencieuse. Il n'y a plus que quelques râles disséminés insignifiants. L'expectoration assez rare est toujours purement muqueuse, très aérée, sans trace de pus.

Si au contraire, *comme il est de règle*, les phénomènes tracheaux sont au premier plan et les signes généraux plus discrets, le diagnostic de lésion interne des voies aériennes trachéo-bronchiques devient évident. Néanmoins, il doit toujour être procédé à un examen laryngoscopique pour éliminer les obstacles laryngés. De même on doit pratiquer un examen radiologique pour s'assurer qu'il n'existe pas une compression extrinsèque de la trachée ou des grosses bronches, et en particulier qu'il ne s'agit pas d'une tumeur ganglionnaire, ou autre, ouverte secondairement dans les voies aériennes (Obs. de Raymond in th. de Lécureuil). Mais bien entendu, quels que soient les résultats de ces épreuves, c'est encore dans ce cas, plus que dans tout autre, qu'il faudra recourir à l'en-

doscopie. Arrivées à cette période, *les lésions syphilitiques tertiaires de l'arbre respiratoire présentent à l'examen direct un aspect caractéristique*. Elles apparaissent sous forme de tumeur ulcérée, de couleur rouge pourpre, à base indurée, à bords décollés et taillés à pic. On sait qu'elles peuvent être uniques ou multiples, rester limitées (si c'est une gomme vraie) ou étendre leur processus ulcéreux sur plusieurs centimètres. Dans la majorité des cas, leur aspect endoscopique est suffisamment typique pour permettre, à lui seul, le diagnostic que viendrait par ailleurs confirmer le laboratoire.

Cependant, il peut exister des infections secondaires ou se produire de petites hémorragies qui peuvent en imposer pour un *cancer primitif*. Mais le cancer de la trachée est certainement beaucoup plus rare que la syphilis de cet organe. Il a pour lui les hémorragies faciles et répétées au moindre attouchement du porte-coton. En tous cas, la biopsie, faite correctement en pleine tumeur, permettra un examen anatomo-pathologique qui tranchera le différent. Quant aux ulcérations d'autre nature, tuberculeuses, lupiques, scléromateuses, elles se distinguent encore plus facilement de la syphilis à ce stade-ci qu'à la période de début.

Il est cependant un diagnostic qui peut parfois prêter à erreur quand il se pose dans des conditions spéciales, et dont nous voulons dire un mot avant de terminer. Nous voulons parler du *corps étranger des voies aériennes*. Appelé subitement auprès d'un malade en pleine crise paroxystique nocturne de suffocation, quand on ne connait rien de ses antécédents anciens ni immédiats, il est tout à fait logique que l'on puisse au premier abord envisager la possibilité d'un corps étranger. Dans ce cas, le simple interrogatoire du malade, ou mieux de son entourage, fera rapidement justice de cette hypothèse.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

En présence d'une syphilis trachéo-bronchique en évolution, *le traitement médical anti-syphilitique est seul curatif.* Ici comme partout, quand on s'attaque à des lésions spécifiques en période évolutive, il est primordial et doit se trouver la base de toute action thérapeutique. Sa mise en œuvre, toujours indispensable, sera bien souvent suffisante pour amener à elle seule la guérison.

Mais, de par leur localisation sur le conduit trachéo-bronchique, les lésions syphilitiques peuvent nécessiter un traitement local d'urgence quand il s'agit de parer à des accidents asphyxiques immédiats contre lesquels les moyens médicaux restent impuissants. Ce sont surtout ces interventions locales que nous aurons en vue dans ce chapitre, sans toutefois entrer dans aucune description technique. Car, si le traitement anti-spécifique du tertiarisme est bien connu de tous, les ressources chirurgicales dont on dispose dans l'affection qui nous occupe, le sont beaucoup moins.

A LA PERIODE DE DEBUT, *le traitement médical est évidemment le seul à employer.* En effet jamais, à ce stade de la maladie, on ne constate d'accidents dyspnéiques nécessitant une intervention locale. De plus, ce qui fait tout l'intérêt de ce traitement appliqué d'une manière précoce, c'est qu'il permet une disparition rapide et complète des lésions, sinon suivie d'une « restutio ad integrum » entière, du moins n'entraînant aucune gêne fonctionnelle; en particulier, aucune sténose cicatricielle si difficile et si pénible à soigner pour le malade et pour le chirurgien. L'observation de notre maître le Pr. Brémond est tout fait probante à ce sujet. Cinq mois après le début du traitement, on ne voyait, en lieu et place de la gomme, qu'une tache blanc nacré, sans aucune bride cicatricielle. De même il ne subsistait aucune gêne fonc-

tionnelle. Nous regrettons que, dans notre observation inédite N° VIII, des conditions indépendantes de notre volonté ne nous aient pas permis de faire un nouvel examen bronchoscopique afin de nous rendre compte de l'état exact des lésions cicatrisées. Cependant l'examen clinique actuel de notre malade permet d'affirmer qu'il n'existe aucune sténose des voies aériennes. Peut-être s'est il formé un tissu cicatriciel péri-trachéal englobant quelques filets nerveux, ce qui expliquerait les douleurs rétro-sternales persistantes.

Comment doit-on comprendre le traitement anti spécifique de la syphilose trachéale ?

En principe *il doit être établi suivant les mêmes règles que celui de toute lésion tertiaire.* La seule chose dont il faudra se souvenir, c'est que la syphilis de la trachée constitue par elle seule la manifestation d'une syphilis virulente, et que par conséquent elle peut être difficile à traiter. Ceci posé, comme à ce stade il n'existe aucune urgence au point de vue local, respiratoire, ce qu'il importe avant tout, c'est de supprimer la possibilité de toute lésion cicatricielle ultérieure susceptible de déterminer, dans la suite, un rétrécissement des voies aériennes. Dans ces conditions, il nous semble indiqué de faire ici un *traitement par des sels solubles de bismuth plutôt que par des sels de mercure* dont l'action sur les réactions tissulaires spécifiques est moins rapide. Ultérieurement, quand toute manifestation syphilitique trachéo-bronchique aura disparu, le malade continuera, bien entendu, à être soigné comme doit l'être à l'heure actuelle tout syphilitique tertiaire. Les agents thérapeutiques de base seront alors représentés par le *mercure et l'iodure de potassium.* Au sujet de ce dernier médicament, il convient de faire remarquer que son emploi doit être de préférence évité tant que les lésions sont en période évolutive en raison de ses effets secondaires possibles, en particulier par crainte d'œdème du larynx. Plus la gomme sera haut située sur la trachée, plus il sera contre-indiqué. Dans les localisations bronchiques on pourra par contre en user plus librement ; les auteurs anciens ayant, paraît-il, grâce a lui, obtenu des résultats remarquablees. Ceci sur toutes réserves.

Cependant, si l'on se trouve en présence de gommes multiples ou de syphilome diffus accompagnés d'autres manifestations syphilitiques dans l'organisme, bien que les

phénomènes locaux ne présentent rien d'alarmant, il nous semble prudent d'entreprendre un traitement plus énergique *et d'associer pour cela l'arsenic au bismuth*. Sans plus hésiter, on aura alors recours au novarsenobenzol qui présente une action tréponémicide puissante que n'a pas le bismuth. Cela, bien entendu, si l'état général du malade le permet, ce qui est la règle à ce stade là.

A LA PERIODE D'ETAT, *le traitement médical*, tel que nous venons de le définir, *doit encore constituer le fond de l'action thérapeutique*. Mais à ce moment on est en présence de phénomènes locaux plus alarmants ; la dyspnée est quelquefois déjà inquiétante ; il faut de toute nécessité faire d'emblée un traitement d'attaque énergique, ici encore suivant la formule mixte : *arsenic et bismuth*. S'il n'existe aucune contre-indication nette d'ordre général, on s'adressera au *novarsenobenzol* ; dans le cas contraire, si le malade se trouve dans un état de moindre résistance (appareil cardio-vasculaire et système hépato-rénal), on utilisera le tréparsol ou l'acétylarsan.

Mais c'est à cette période que se posent souvent en outre les indications du traitement local. Inexistant au stade de début de la maladie, il devient ici bien des fois nécessaire, voire même urgent.

Et d'abord, sans aller plus loin, si au moment où l'on procède à l'examen bronchoscopique l'on constate que des débris de cartilage ou des lambeaux de muqueuse sphacélée flottent dans la lumière du conduit trachéal, on doit sur le champ les enlever à la pince. Cette pratique rendra aussitôt la respiration plus facile et évitera l'apparition d'un accès de suffocation paroxystique dont la menace, peut être imminente, pesait sur le malade.

Dans la suite, si les phénomènes dyspnéiques ne cèdent pas rapidement au traitement médical, s'ils deviennent inquiétants, on pourra être appelé à faire une nouvelle *bronchoscopie dans un but curatif*. Dans ce cas, l'intervention consistera, une fois le tube endoscopique mis en place, à curetter, et mieux à abraser à la pince coupante, les néo-formations pathologiques qui obstruent le conduit aérien.

Voici une observation où ce traitement à été appliqué.

OBSERVATION XIV. — Un cas de gomme sténosante syphilitique trachéo-bronchique, par NOWOTNY (1906).

Jeune fille de 26 ans, devient syphilitique; traitée par injections de mercurine.

A la fin de la 5e année (novembre 1903), apparition de dyspnée et de douleur à la déglutition par gomme ulcérée de l'amygdale (la dyspnée ayant apparu la première).

Il y a du stridor expiratoire. Le poumon droit paraît respirer moins bien que le gauche : la percussion est normale des deux côtés, mais le murmure vésiculaire est nettement affaibli à droite.

Trachéoscopie supérieure. — Dans la profondeur de la trachée, la muqueuse est rouge et gonflée. Au-dessus de la bifurcation il y a un éperon semi-lunaire d'aspect cartilagineux qui prend attache sur la moitié droite de la trachée et empêche l'inspection de la bronche droite.

Bronchoscopie. — La bronchospe arrive à glisser au-dessous de l'éperon vers la bronche droite. L'ouverture bronchique est fortement retrécie et mesure à peine 3 millimètres. Dilatation de la bronche droite à la curette et aux pinces. Demi-heure après, accès de toux et emphysème sous-cutané se propageant au médiastin et aux poumons.

On attend un mois que l'emphysème se soit résorbé. Du 23 février au 23 mai 1904, on fait sept séances de dilatation avec des sondes de grosseur progressive introduites par le bronchoscope.

Le 27 mai, aggravation subite de la malade : dyspnée, tirage, presque plus de murmure vésiculaire à droite ; à gauche, ronchus et sibilances. A la bronchoscopie, la bronche droite est obstruée par un bouchon de mucus ; la bronche gauche est menacée par la paroi gauche de la trachée qui s'est hypertrophiée en masse.

Trachéotomie et trachéo-bronchoscopie inférieure. — On voit que l'éperon trachéal est formé par le dernier cartilage rétracté en dedans. Les deux bronches sont retrécies ou obstruées, la droite par du mucus et une cicatrice, la gauche par une infiltration à cheval sur la bronche et la trachée.

Dilatation de la bronche droite avec des curettes et des tubes calibrés.

Dans la nuit, nouvelle aggravation.

On fait d'urgence un curettage sérieux de la bronche droite suivi de dilatation forcée au moyen de tubes. Même dilatation pour la bronche gauche. Quand à l'éperon trachéal, on l'enlève à la double pince jusqu'à son attache à la paroi.

La malade fait de la température, mais respire mieux.

Depuis, on continue la dilatation : une séance par semaine.

La dernière bronchoscopie (mars 1905), donne l'image suivante : la muqueuse de la trachée dans la profondeur, autour des ouvertures bronchiques et de l'éperon de la bifurcation, est de couleur blanche, cicatricielle, avec stries radiaires ; l'ouverture bronchique droite a la forme d'une fente allongée à travers laquelle, avec un bronchoscope de moyen calibre, on arrive à voir au-dessous la muqueuse bronchique normale ; l'ouverture de la bronche gauche n'est pas visible à cause de la paroi trachéale qui paraît la surplomber, mais on y introduit facilement un tube de gros calibre ; les deux poumons respirent bien.

Mais cette méthode nous paraît malgré tout dangereuse, et ne doit être appliquée qu'à titre exceptionnel. Pour notre part, nous sommes d'avis de réserver ce mode d'intervention sanglante aux gommes du 1/3 inférieur de la trachée, et surtout de la bifurcation, qui par leur siège ne peuvent bénéficier de l'avantage d'une trachéotomie faite au dernier moment. Dans les lésions situées au niveau du 1/3 supérieur, nous estimons qu'il est préférable, en cas d'urgence, de suivre la ligne de conduite suivante : Entreprendre immédiatement un traitement anti-syphilitique énergique en plaçant le malade sous une surveillance chirurgicale de tous les instants de manière à ce que, si les phénomènes locaux s'aggravaient, l'on puisse intervenir aussitôt et dans de bonnes conditions.

Et cette intervention sera alors toujours *une trachéotomie basse*, faite selon les règles préconisées depuis longtemps par le Pr. Sebileau et telle que nous l'avons toujours vu pratiquer dans le service de notre maître le Pr. Brémond. Quelle que soit l'urgence de la situation, elle devra toujours être *faite méthodiquement, plan par plan*, en opérant « de visu » et non simplement au doigt.

Il va sans dire qu'afin de retarder le plus longtemps possible la mise en œuvre de ces moyens exceptionnels, et en attendant que le traitement anti-spécifique institué agisse sur

les troublees fonctionnels locaux, on aura recours pour soulager le malade aux petits moyens médicaux : balsamiques, inhalations, atmosphère humide, enveloppements alcolisés, voire même injections sous-cutanées de morphine.

Nous laissons délibérement de côté le traitement des sténoses cicatricielles puisqu'elles sont hors de sujet.

Mais, pour terminer, nous voulons dire un mot du traitement d'extrême urgence qu'on peut être appelé à appliquer à cette période intermédiaire qui prend place entre la phase évolutive et la phase cicatricielle, au moment où coexistent les deux sortes de lésions. C'est, comme nous l'avons vu au chapitre de la symptômatologie, la période des crises paroxystique aigües qui autrefois emportaient la plupart du temps les malades. (Mauriac).

Il peut se faire ainsi que l'on soit appelé subitement auprès d'un malade en état d'asphyxie imminente et dont le passé est totalement inconnu. C'est ici qu'il faut se rappeler que *le simple examen du larynx* (obs. de Collet) *peut déclancher un redoublement des phénomènes dyspnéiques* et emporter le malade brusquement. Que l'on ait constaté ou non l'intégrité du larynx, en présence de troubles fonctionnels menaçants, la *trachéotomie basse est seul de mise*. La bronchoscopie per orale doit être rejetée, car elle est alors dangereuse; tandis que la mise en place d'une canule est au contraire capable de parer par elle-même aux accidents dûs à une gomme du 1/3 supérieur. Si l'obstruction de l'arbre aérien relève d'une gomme du 1/3 inférieur ou de la bifurcation, il est évident que la tracthéotomie n'apporte aucun soulagement. C'est pourquoi il est indispensable d'avoir à sa disposition immédiate un tube bronchoscopique avec son outillage complet; on fait alors la *trachéoscopie basse* du Pr. Lemaître, qui permet de pratiquer une abrasion des néoformations spécifiques. Les voies aériennes récupèrent ainsi un calibre suffisant et le malade peut attendre sans trop de risques les bons effets du traitement médical.

On peut même, à la rigueur, se passer du bronchoscope et pratiquer ce curettage des lésions directement en écartant et relevant les lèvres de la plaie trachéale au moyen de deux fils de soie suivant le procédé indiqué par le Pr. Sebileau pour amarrer et attirer la trachée dans la laryngectomie. C'est cette méthode qui a été employé par le Pr. Collet dans l'ob-

servation N°-II.

Pour terminer cet important chapitre nous répèterons une fois de plus que tous les traitements locaux et chirurgicaux ne sont que des traitements palliatifs. A l'heure actuelle, où la trachéo-bronchoscopie est devenue une méthode d'examen courante, on ne devrait jamais être obligé d'y avoir recours. *La bronchoscopie doit en effet servir à diagnostiquer la syphilis trachéale et non à la traiter.*

———x———

OBSERVATION XV. — Sténose trachéo-bronchique à décours anormal et d'origine syphilitique tertiaire, par E. Gjertz et C. W. Lundquist (1929). (Résumée).

Femme de 26 ans. Dyspnée par sténose de la partie inférieure de la trachée et partie supérieure de la bifurcation bronchique.

Evolution en deux périodes :

Première période, dure 6 mois ; amaigrissement, inappétence, essoufflement.

Deuxième période, dure 1 mois et demi ; toux et crise de dyspnée.

Malade hospitalisée dans état très grave. Morte dans la journée d'admission.

Cliniquement, diagnostic : obstruction respiratoire.

Nécrops montre une tuméfaction inflammatoire de la trachée (muqueuse) et de la bifurcation bronchique. Ulcération en un point. A l'examen microscopique, tissu de granulation syphilitique. De plus, il existait des lésions de syphilis hépatique macroscopiquement et microscopiquement.

OBSERVATION XVI. — Gomme sténosante de la trachée, par B. M. Lukens (1928). (Résumée).

Un nègre de 28 ans, consulté parce qu'il tousse, qu'il a la voix rauque et qu'il a craché un peu de sang.

Il a eu un chancre 7 ans auparavant.

A l'examen : larynx pâle, épiglotte tachetée et ulcérée, papillome sur la corde vocale. Anomalie de l'aire pulmonaire aux rayons X. On pense à la tuberculose. Mais trois bacilloscopies restent négatives, tandis que le B. W. est positif. On institue alors le traitement spécifique qui, mal suivi, ne donne lieu qu'à une amélioration éphémère.

Dix mois après, le malade est amené dans un état asphyxique grave avec dyspnée extrême. Trachéotomie d'urgence. Le larynx est presque complètement obstrué. Expectoration par le tube de matières muco-purulentes. IK. et Hg. à haute-doses.

A l'examen direct du larynx, on voit une sténose sous-glottique serrée. A la bronchoscopie inférieure, à 7 cm. 1/2 au-dessous du cartilage thyroïde, et s'étendant sur une hauteur de 3 cm., masse granuleuse rouge pâle laissant un pertuis de 3 mm. Au-dessous, quantité énorme de pus vidée par l'aspiration.

Grâce au traitement spécifique, l'état du malade s'améliore rapidement et progressivement; y compris pour ce qui a trait aux lésions laryngées.

OBSERVATION XVII. — Gomme syphilitique de la trachée, par Siems (1925). (Résumée).

Femme de 40 ans. Expectoration muco-purulente et croûteuse extrêmement fétide.

A l'examen, lésions cicatricielles de l'épiglotte et des cordes. La trachée a conservé sa lumière, mais le 1/3 inférieur est tapissé de croûtes muco-purulentes.

Diagnostic : gomme en voie de ramollissement.

Hg., sans effet. Le novarsénobenzol déterge complètement la trachée.

OBSERVATION XVIII. — Sténose syphilitique de la trachée, par Cade et Brette (1922). (Résumée).

Homme, 37 ans. Syphilitique depuis une vingtaine d'années. A la suite d'une affection pulmonaire traînante, présente de la dyspnée continue avec accès de suffocation nocturnes ; cornage et ti-

rage sus-sternal. Il y a en outre chez lui des signes d'iritis à droite, une tuméfaction dure et volumineuse du testicule gauche et une perforation du voile du palais. Pas de B.K. dans les crachats. Pas d'ectasie aortique. Rien de spécial à l'examen laryngoscopique.

Le malade mourut rapidement à la suite d'un accès de suffocation, avant qu'on ait eu le temps d'instituer le traitement antisyphilitique.

L'autopsie montra, à 4 cm. au-dessous du cartilage cricoïde, un retrécissement serré du calibre d'une plume d'oie et de nombreuses ulcérations au niveau de la partie inférieure de la trachée et des grosses bronches.

Intérêt de cette observation en raison de la difficulté du diagnostic quand on n'a pas recours à la trachéoscopie.

OBSERVATION XIX. — Sur la syphilis de la bifurcation de la trachée, par Hermann von Schroetter (1906). (Résumée).

Ancien syphilitique se plaignant de dyspnée.

Trachéoscopie directe ; tube de 10 mm.; cocaïnisation à 20 % du larynx et de l'espace sous-glottique; malade assis. La paroi postérieure de la trachée, surtout la région de la bifurcation, est remplie d'une masse rouge lardacée, sténosant en partie la bronche droite et un peu moins la bronche gauche. La tumeur porte des endroits ulcérés; de même une ulcération grosse comme une lentille, à 3 cm. au-dessus de la bifurcation, sur la paroi antérieure de la trachée.

A la radioscopie, on voit que le diaphragme fait des mouvements respiratoires moins prononcés.

Pendant le traitement mercuriel on fait plusieurs trachéoscopies successives, et on peut se rendre compte de l'involution de l'infiltration gommeuse.

OBSERVATION XX. — Trachéo-bronchoscopie dans la syphilis des voies respiratoires inférieures, par Mahler (1907). (Résumée).

Chez une femme de 40 ans, avec des troubles de la respiration et des signes de fonctionnement défectueux du poumon gau-

che; on trouve, à l'aide du bronchoscope, une tuméfaction luisante, rouge, non ulcérée, située directement à la racine de la bronche gauche.

Après un traitement anti-syphilitique de 3 semaines, les troubles respiratoires ont complètement disparu. A la place de la tuméfaction, se trouve un diaphragme cicatriciel blanc. Il s'est probablement agi d'une infiltration gommeuse.

OBSERVATION XXI. — Syphilis de la trachée, par P. Meyjes, (1921). (Résumée).

Homme, menuisier, 59 ans.

Se plaint de maigrir depuis quelque temps et d'être oppressé au moindre effort. Les pieds enfleraient tous les soirs.

Sur 10 enfants, 8 sont morts pendant la première année. Sa femme a eu ensuite deux fausses-couches. A part cela, tout autre antécédent de spécificité est nié.

Il y a du cornage et du tirage; le larynx est immobile; la voix est rauque; le pouls est celui d'un artério-scléreux avancé; le foie déborde; éruption papuleuse sur le dos de la main.

A l'examen local on aperçoit au-dessous de la glotte une tuméfaction circulaire, rouge clair, s'étendant à peu près à 2 cm. de profondeur dans la trachée. A la sonde, on a une sensation de dureté rénitente; l'attouchement n'est pas douloureux.

Toute affection tuberculeuse ou maligne pouvant être écartée, on s'arrête au diagnostic de syphilis de la trachée. Traitement anti-syphilitique.

Le gonflement paraît diminuer, mais le cornage persiste. On n'a pas plus de résultat avec la dilatation aux tubes de Schroetter.

Cricotomie et trachéotomie supérieures sous cocaïne. Pendant l'opération on se rend compte des bons effets de l'oxygène en inhalations contre les accès de dyspnée. La voix ne semble pas souffrir de la présence de la petite canule.

Injections de sublimé. Décanulement à la fin de la quatrième semaine. Le retrécissement a disparu presque complètement; il ne reste plus qu'un petit bourrelet latéral.

Le malade continue à être soumis au traitement anti-spécifique.

OBSERVATION XXII. — Gomme de la trachée siégeant directement au-dessus de la bifurcation, par HARMER (1901). (Résumée).

Femme de 56 ans, malade depuis le mois d'avril 1901, époque à laquelle elle fit une chute d'escalier ayant amené une ulcération de la jambe gauche. A partir d'octobre se met à tousser, à avoir de la gêne respiratoire surtout dans les mouvements. Cette gêne respiratoire va en augmentant, et au mois de novembre, la malade entre à l'hôpital pour une dyspnée intense.

A l'examen, le 25 novembre, on trouve sur la paroi postérieure de la trachée, tout près de sa bifurcation, une tumeur saillante, obstruant en grande partie sa lumière. Sur la paroi antérieure se voit, à la même hauteur, une masse infiltrée à surface ulcérée, dont les bords sont taillés à pic et qui est recouverte d'un enduit blanc grisâtre.

Quoique la malade nie la syphilis, on pose néanmoins le diagnostic de gomme et l'on institue le traitement à l'iodure de potassium. Au bout de trois à quatre jours, amélioration notable de la dyspnée qui disparaît totalement dans les 8 jours.

L'ulcération de la jambe, également d'origine syphilitique, guérit de même rapidement.

L'examen laryngoscopique montre actuellement, sur la paroi antérieure de la trachée, une surface rouge, inégale, et sur sa paroi postérieure une saillie à peine visible et complètement nettoyée ; entre les deux se voient les derniers anneaux de la trachée et l'origine des bronches.

OBSERVATION XXIII.— Retrécissement de la trachée à la suite d'une ulcération gommeuse au niveau de la bifurcation, par SCHMIEGELOW (1901). (Résumée).

Femme de 26 ans. Toux persistante et troubles respiratoires par accès.

A toujours été bien portante. Niait d'abord toute possibilité d'infection syphilitique; mais avoue plus tard qu'elle avait en effet contracté la syphilis 9 ans auparavant, et subi un traitement anti-spécifique.

En juin 1900, elle a commencé à tousser mais sans cracher. La

toux survenait par accès, aussi bien le jour que la nuit. Plus tard, elle commença à expectorer des masses jaunes verdâtres qui avaient une mauvaise odeur. Quelque temps après, elle éprouva des troubles respiratoires qui la gênaient, surtout quand elle était couchée sur le dos ou sur le côté droit. Quand elle s'est débarrassée de ses mucosités, la respiration est moins gênée.

A l'auscultation, rien d'anormal.

La malade est bien constituée, robuste; sa figure exprime cependant un peu la souffrance. La respiration est bruyante aux deux temps. Les troubles respiratoires s'aggravent quand elle fait des mouvements. La voix est normale. La déglutition indolore. Rien d'anormal au niveau du cou.

A la laryngoscopie, on trouve : larynx et partie supérieure de la trachée sains. Mais dans la partie inférieure de la trachée on aperçoit une tumeur irrégulière, ulcérée, située immédiatement au-dessus de la bifurcation et ayant pour point de départ la paroi antérieure gauche de celle-ci.

On prescrit le traitement mixte, et, pour soulager la toux, des inhalations de morphine.

Il se produit une légère amélioration; mais la malade ayant ensuite un peu négligé de se soigner et s'étant en outre enrhumée, son état s'aggrava de nouveau.

Il existe actuellement une sténose permanente de la partie inférieure de la trachée. Mais tant que la malade n'est pas enrhumée, les troubles respiratoires sont très légers.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis trachéo-bronchique est une affection rare. Exceptionnellement diagnostiquée, aujourd'hui encore, pendant sa période évolutive, elle n'est généralement reconnue qu'au début de sa phase de cicatrisation. Il n'en sera pas de même à l'avenir, grâce à la trachéo-bronchoscopie précoce.

II. — Elle est la manifestation d'une infection spécifique grave. Elle coexiste en général avec d'autres localisations tertiaires qui sont souvent situées dans le domaine de l'O. R. L.

III. — Les lésions siègent quelquefois au niveau du 1/3 supérieur de l'organe; le plus souvent à la hauteur du 1/3 inférieur et de la bifurcation; presque jamais au 1/3 moyen.

IV. — La période de début est la seule cliniquement intéressante. Les deux symptômes cardinaux sont : la toux aboyante de Garel et la dyspnée d'effort.

V. — Le diagnostic doit être un diagnostic endoscopique. La trachéo-bronchsocopie est un procédé d'examen sans dangers qu'il faut savoir pratiquer au moindre soupçon d'obstacle trachéal. Elle seule permet de localiser d'une manière certaine la cause des troubles fonctionnels observés. Dans l'immense majorité des cas elle suffit à renseigner sur la nature des lésions ; s'il persiste un doute à ce sujet, elle rend possible une biopsie qui permet à son tour d'éliminer la tuberculose et surtout le cancer.

VI. — A la première période, le diagnostic clinique est surtout à faire avec la tuberculose pulmonaire au début. A la période d'état, il se pose plus souvent avec tous les obstacles et compressions trachéo-bronchiques.

VII. — Le pronostic dépend essentiellement de la précocité

du diagnostic.

VIII. — Le traitement est purement médical, antisyphilitique. Le traitement local n'est que palliatif ; il devient complètement inutile et superflu quand le diagnostic est posé à temps.

BIBLIOGRAPHIE

Bloch (A.) et Soulas. — La Bronchoscopie. *Rapport au Cong. franç. d'O.R.L.*, 1931.

Ferreri (G.). — Contributo allo studio ed alla casistica delle stenosi tracheo-bronchiali eredo-luetiche. *Valsalva*, fév. 1930, N° 6, p. 69.

Retrouvey (H.). — Sténoses trachéales et bronchiques. *Rev. de Laryngol.*, 1930, T. I, N° 5, p. 164.

Collet (F. J.). — Sténose trachéale hérédo-syphilitique. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 juil. 1929, p. 451.

Huguenin et Soulas. — Le diagnostic des sténoses bronchiques. *Presse Méd.*, 16 mai 1928.

Collet (F. J.). — *Traité d'Oto-Laryngologie*, p. 680 (G. Doin, 1928).

Lukens. — Gomme sténosante de la trachée. *Annals of Otology*, T. XXXVI, N° 1 ; *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1928, p. 445.

Gambrelin. — Ulcérations trachéales. *Soc. Bruxel. d'O.R.L.*, 29 juin 1928 ; *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1928, p. 954.

Gjertz (E.) et Lundquist (C. W.). — Sténose trachéo-bronchique à décours anormal et d'origine syphilitique tertiaire. *Acta Oto-Laryng.*, 1928, vol. XIII, fasc. I ; *Rev. de Laryngol.*, 1929, T. I, N° 7, p. 251.

Myerson (M. C.)). — Obscure chest acconditions with positive bronchoscopy finding syphilis of trachea and bronchi. *The Laryngoscope*, mars 1928, T. XXXVI, p. 193.

Mondolfo (E.). — Sifiloma tracheobronchiale associato ad ectasia dell'aorta toracica. *Valsalva*, août 1928, T. IV, p. 384.

Virgili (U.). — Contributo allo studio delle lesioni sifilitiche terziare della trachea. *Gaz. d'Osped.*, 20 mai 1928, N° 49, p. 624.

Sanvenero-Rosselli (G.). — Sifilide tiroïdea e correlazioni patologiche laringo-tracheali. *Ann. di Laring. ed Otol.*, sept. 1928, p. 285.

Lemaitre. — In *Traité de Thérap. Chirurgic.* (Masson, 1926).

Fraenkel (E.).— Ueber Luftröhrensyphilis. *Munchn. Med. Wchnsch.* 27 fév. 1925, p. 335.

Bezançon et Jong (S. I. de). — In *Nouv. Traité de Roger, Widal, et Teissier*, p. 244 (Masson, 1926).

Siems. — Deux cas de syphili trachéale d'aspect clinique différent. *XXXVII^e Congr. fr. d'O.R.L.* ; *Rev. de Laryng.*, 1925, T. I., N° 3, p. 116.

Syme (W. S.). — Some affections of the trachea. *Journ. of Laryng. and otol.*, juin 1924 ; *Ann. d. mal. d. Or.*, 1925, p. 329.

Babbit (A.). — Traitement de la syphilis en otologie et laryngologie. *The Laryngoscope*, mars 1924, p. 193.

Blanchard (A.). — Du traitement antisyphilitique en O.R.L., *L'O. R.L. Internationale*, janv. 1924.

Lafrenz (I.). — Ueber Luftrohrensyphilis. *Ztschr. f. Hals, Nasen und Ohrnh.*, 1922, T. II, p. 356.

Portmann (G.). — Les sténoses trachéales essentielles. *Rev. de Laryng.*, 1923, T. I. N° 11, p. 435.

Cade et Brette. — Sténose syphilitique de la trachée. *Lyon-Méd.*, 10 janv. 1920 ; *Rev. de Laryng.*, 1922, T. I., N° 4, p. 154.

Chevalier Jackson. — *Endoscopie et Chirurgie du Larynx* (G. Doin 1923).

Guisez. — *Retrécissements de l'œsophage et de la trachée* (Masson, 1923).

Schiffers. — Syphilis de la trachée (in *Traité pratique d'O.R.L.*, G. Doin, 1921).

Mirande (Alfred). — Syphilis tertiaire de la trachée et des bronches, (in *Traité de Sergent*, Maloine, 1921).

Averous. — Contribution à l'étude de la sténose trachéale. *Thèse de Bordeaux*, 1921.

Stupka. — Fall von gumma tracheae mit diaphragmaartigen, scheinbarem verschluss der linken Hauptbronchus und knopflochförmiger verengernung der rechten Haptbronchus. *Wiener Klin. Wchnschr.*, 1919, T. XXXII, p. 869.

Israel (S.). — Syphilis of the tracheo-bronchial tree, with report of a case of the gumma of the trachea. *Texas State J. M.*, fort worth, 1919-1920, N° XV, p. 362.

Glas (E.). — Starkes oedem der linken aryepiglottfalte ein gumma deckend, das zur weiteren richtigen diagnose eines tiefsitzenden tracheal gummas (mit hochgradieger stenose); *Weiner med. Wchnsch.*, 1920, N° LXX, p. 967.

Capaldo (F.). — Sulla grande importanza della tracheo-bronchoscopia nelle medicina interna dal punto di vista diagnostico e terapeutico. *Gaz. med. napoletana*, 1919, N° 11, p. 265.

Mnuyo (J. C.). — Sifilis traqueo-bronquica con sindrome astmatico. *Rev. med. del'Uruguay*, 1915, N° 18, p. 294.

Killian. — Ueber die Syphilis der Luftröre und der Bronchien. *Veröffentl. d. Hufeland. Gesellsch in Berlin*, 1913, T. XIV, fasc. I, p. 35.

Mann. — Die Tracheoscopie, in *Hand der Spez. chirurg. der oh. und der Luftwese.* (Berlin, 1912).

Denker (A.). — Ueber bronchoskopisch diagnostizierte tracheo-bronchial und lungensyphilis. *Deutsche Med. Wchnsch*, 1912, N° 38, p. 11.

Stumpf (R.). — Zur Kenntnis der Tracheitis Gummosa. *Berliner Klin. Wchnsch.*, 1912, N° 49, p. 1272.

Kohler. — Die Luftröhrensyphilis. *Archiv. v. Laryngol.*, T. XXVII, fasc. 1 ; *Cong. de Berlin*, août 1911.

Halle. — Fall von Gummöser Syphilis der Luftröhre. *Berliner Klin. Wchnsch.*, 1911, N° 48, p. 37 ; *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1911, T. I., p. 371.

Haenel (W.). — Demostration eines Fall von Syphilis der Trachea. *Verhandl. d. Ver. Deutsch Laryngol.*, 1910, N° 97, p. 345.

Goetsch (E.). — Ein Fall von Syphilis der Trachea und der Bronchien. *Th. Greifswald*, 1910.

NEWCOMB (James). — Diseases of Trachea. *Annals of Otology*, déc. 1906 ; *Ann. d. Mal. d. l'Or.*, 1910. T. I., p. 645.

GALLIARD — Syphilis trachéo-bronchique. *Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp. de Paris*, 1908, 3, S. XXVI, p. 676.

GANTZ. — Fistula tracheae syphilitica. *Now-Lek*, Poznan, 1907, N° 74, p. 91.

SCHROETTER (Hermann von). — Sur la syphilis de la bifurcation de la trachée. *Monatsch. für Ohrenh.*, N° 1, 1906 ; *Ann. d. Mal. de l'O.*, 1907, T. I., p. 296.

MAHLER. — Trachéo-bronchoscopie dans la syphilis des voies respiratoires inférieures. *Soc. danoise d'O.R.L.*, 27 fév. 1907 ; *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1907, T. II, p. 635.

TAPIA. — Un cas de syphilis trachéale; Trachéoscopie; Myosite aiguë consécutive des masséters ; Guérison. *XV^e Cong. Intern. de Méd.*, 21 avril 1906 ; *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1906, T. II, p. 1 .

GAREL. — Gomme de la bifurcation des bronches. Considérations sur la valeur diagnostique de la toux de compression dans les tumeurs du médiastin. *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1906, T. II, p. 1

NOWOTNY. — Sténose de la Trachée et des Bronches. *Arch. von Laryng.*, T. XVII, N° 2 ; *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1906, T. I., N° 16, p. 468.

REINHARD. — La bronchoscopie pour reconnaître la syphilis des voies respiratoires inférieures. *Monatsch für Ohrenh.*, 1905, N° 11 ; *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1906, T. II, p. 508.

MILIAN. — Syphilis de la trachée. *Syphilis*, 1905, N° 3, p. 721.

MEYJES (P.). — Syphilis de la trachée. *Soc. Néerlandaise d'O.R.L.*, 23 et 24 avril 1904. *Rev. de Laryngol.*, 1905, T. I, N° 6, p. 156.

TILLEY (Herbert). — Hyperplasie sous-glottique ayant déterminé une sténose trachéale; probablement d'origine syphilitique. *Soc. de Laryngol. de Londres*, 7 avril 1905 ; *Rev. de Laryngol.*, 1905, T. II, N° 30, p. 142.

MAIDMENT HURD. — Sténose syphilitique de la trachée. Dilatation pendant une ulcération évolutive par un long tube intubatoire. Guérison. *The Laryngoscope*, fév. 1905, N° 2. *Rev. de Laryngol.*, 1905, T. II, N° 44, p. 572.

TILLEY (Herbert). — Gomme probable de la trachée. *Soc. de Laryng. de Londres*, 12 janv. 1905 ; *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1905, T. II, p. 605.

NEUMANN. — Ein Beitrag zur Syphilis der Trachea und der bronchen. *Wiener Klin. Rundschau*, 1904, N° 18, p. 1.

O'CONNOR (L. A.). — Syphilis of the trachea and bronchi. An analysis of 128 recorded cases, and report of a case of syphilitic stenosis of the bronchi. *American Journal of the Medical Sciences*, 1903, N.S., N° 125, p. 57.

GAUCHER, GASTOU et ROSTAINE. — Gomme perforante de la trachée. Mort foudroyante par hémoptysie. *Bull. Soc. fr. de derm. et syphiligr.*, 1903, N° 14, p. 280 ; *Ann. de dermatol. et de Syphiligr.*, 1903, 4 s., IV.

VARAY (F.). — Toux de compression ; Toux aboyante ; Signe de retrécissement trachéal ou bronchique. *Th. de Lyon*, 1902.

SCHUTZE (A.). — Demostration eines preparate von Primärer Syphilitischer exulzeration der Trachea Mit Sekundârer perforation in den oesophagus. *Deutsch Med. Wschnsch.*, 1903 N° 29.

HEINDL. — Sténose trachéale consécutive à la syphilis héréditaire *Soc. Viennoise de Laryngol*, 7 mars 1901 ; *Rev. de Laryng.* 1902, T. II, N° 43, p. 495.

St. CL. THOMSON. — A case of trachéal syphilis ; *Polyclinical*, 1902. N° 6.

NICHOLSON (F.). — A case of gummatous peritracheitis penetrating the aorta with probably syphilis of the lungs. *Lancet*, 1902, N° 11, p. 293.

GAREL. — La toux de compresison. Son importance pour le diagnostic des retrécissements des bronches. *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1902, T. I., p. 201.

HARMER, — Gomme de la Trachée siégeant directement au-dessus de la bifurcation. *Soc. Viennoise de Laryngol.*; 5 déc. 1901; *Ann. d. Mal. de l'Or*, 1902, T. I., p. 528.

SCHMIEGELOW. — Strictura Tracheae in Folge einer gummôser ulceration; *Monats f. Ohrenh.*, août 1901 ; *Rev. de Laryngol.*, 1901, T. II, N° 42, p. 475.

BAYER. — Un cas d'obstruction presque complète de la trachée par néoplasie syphilitique née sur une ancienne cicatrice trachéale. Guérison par le traitement médical. *Bregen's Zwangl. Abhandl.* T. IV, N° 3 ; *Monats. f. Ohrenh.*, 1900, N° 5. ; *Rev. de Laryng.*, 1900, T. II, N° 38, p. 362.

PIENYAZEK. — Remarques sur le traitement des retrécissements de la trachée. *XIII^e Cong. inter. de Méd.*, Paris, 3 août 1900 ; *Ann. d. Mal. de l'Or.*, 1900, T. II, p. 259.

OVIZE (H.). — Retrécissement syphilitique de la trachée. Traitement spécifique. Guérison. *Loire Médicale*, 1900, N° 19, p. 17.

DOWNIE (W.). — Syphilitic Ulceration of the Trachea. *British Med. Journal*, 1899, N° 11.

HANZSEL (F.). — Circumscripites gumma der trachea. *Wiener Med. Wchnsch.*, 1898, N° 11, p. 955.

KIDD (P.). — On syphilitic disease of the trachea. *Clin. Jour. of London*, 1896-97, N° 9, p. 153.

SEMON (Félix). — Endotrachéite syphilitique. *Soc. de Laryngol. de Londres*, 9 nov. 1895 ; *Rev. de Laryngol.*, 1896, T. I., N° 13, p. 386.

KIDD (P.). — Ulcération syphilitique de la trachée avec sténose des deux grosses bronches. *Soc. de Laryngol. de Londres*, 13 nov. 1895 ; *Rev. de Laryngol.*, 1896, T. I, N° 25, p. 739.

PARRAIN (Pierre). — Sur les gommes syphilitiques de la trachée. *Th. de Bordeaux*, 1894.

SOTA y LASTRA (R. de la). — Sifilis terciera de la laringe y de la traquea. *Rev. de Laryng. Otol. y Rhinol.*, Barcelona, 1890-1891, N° [illegible], p. 53.

FAVRAUD. — Syphilis trachéo-bronchique. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1891.

WRIGHT (J.). — Tracheal syphilis. *New-York Méd. Journ.*, 1891, N° 53, p. 672.

WIPHAN et DELEPINE. — Un cas de lupus de la trachée. *British Med. Journ.*, 1890.

JAKOBLEFF (S. S.). — Syphilis du larynx et de la trachée. *Protok. Russki sif. i dermat. Obsh.*, St-Pétersbourg, 1890, N° 4, p. 33.

LECUREUIL (Albert). — Etude clinique de l'adénopathie péritrachéale syphilitique et de la syphilis tertiaire de la trachée. *Th. de Paris*, 1890.

N. B. — Pour tous renseignements bibliographiques antérieurs à 1890, s'en reporter aux thèses de : P. PARRAIN (*Bordeaux*, 1894) et A. LECUREUIL (*Paris*, 18.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Lu et approuvé
Le Président de Thèse :
M. BREMOND.

Vu et approuvé
Pour le Doyen,
L'Assesseur :
L. IMBERT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur :
H. PADE